

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

**Katedra psychologie**



# **Diplomová práce**

**Anna Říhová**

**Partnerské vztahy u osob se schizofrenním onemocněním**

**Intimate relationships of people with schizophrenia**

Praha, 2012

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, Ph.D.

## **Poděkování**

*Ráda bych tímto poděkovala své vedoucí práce, PhDr. Kataríně Lonekové, PhD., za cenné rady, připomínky, metodické vedení, neustálou podporu a pomoc při realizaci této diplomové práce. Děkuji také za vstřícnost a otevřenost všem respondentům, kteří byli ochotni se rozhovoru zúčastnit a sdílet své zkušenosti a názory. Ráda bych poděkovala zaměstnancům organizací, kteří mi velice pomohli při oslovování klientů a realizaci rozhovorů, konkrétně se jedná o zaměstnance organizace Green Doors, o.s., BONA o.p.s., Terapeutické komunity Mýto a Psychiatrického centra Praha. Děkuji také svým rodičům za trpělivost, podporu a důvěru.*

*Za možnost realizace tohoto projektu vděčím také Filozofické fakultě UK, která udělila finanční podporu v rámci vnitřních grantů FF UK.*

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu, a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 31.7.2012*

.....  
*Anna Říhová*

**Abstrakt:**

Tato diplomová práce se zabývá partnerskými vztahy u osob se schizofrenním onemocněním (F20). Cílem této studie bylo zjistit, jaký význam přisuzují ženy a muži se schizofrenií v období mladé dospělosti partnerským vztahům, jaké mají zkušenosti, ideály a očekávání. Teoretická část práce je rozdělena na tři části. V první části je popsáno onemocnění schizofrenie, jeho specifika, etiologie, epidemiologie, symptomatologie, deficit v oblasti sociální i kognitivní a současné způsoby léčby zaměřené na psychosociální intervenci. V druhé části je prezentováno téma partnerských vztahů u zdravých osob, aby navázala třetí část, tedy samotné téma partnerských vztahů u osob se schizofrenním onemocněním. V empirické části se vychází z kvalitativní metodologie. Byly zrealizovány polostrukturované rozhovory s 11 respondenty mapující problematiku partnerských vztahů a sexuality. Zjištěné výsledky jsou podrobně popsány a diskutovány s dostupnou odbornou literaturou. V závěru práce jsou doporučeny další výzkumy a intervence v oblasti sociálních vztahů u osob se schizofrenií.

**Klíčová slova:**

Schizofrenie, partnerské vztahy, sociální vztahy, sociální dovednosti, mladá dospělost

**Abstract:**

The thesis is dedicated to intimate relationships of people with schizophrenic disorder (F20). The aim of this study was to determine the importance of intimate relationships attributed by women and men with schizophrenia in young adulthood. Their experience, ideals and expectations of partnership were also investigated. The theoretical part is divided into three parts. The first chapter describes the illness of schizophrenia, its characteristics, etiology, epidemiology, symptoms, deficits in cognitive and social functioning as well as current treatments oriented at psychosocial intervention. In the second chapter, the topic of partnerships of common people is presented. The third chapter describes the theme of partnerships in persons with schizophrenic disorder itself. The empirical part is based on qualitative methodology. Semi-structured interviews were undertaken with 11 respondents, investigating intimate relationships and sexuality of people with schizophrenia. The results are properly described and afterwards discussed with the available literature. In the conclusion, it is recommended further research and intervention in social relationships among people with schizophrenia.

**Keywords:**

Schizophrenia, intimate relationships, social relationships, social skills, young adulthood

## Obsah:

Úvod .....	9
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>13</b>
1. Schizofrenie .....	14
1.1. Definice schizofrenie .....	14
1.2. Formy schizofrenie.....	15
1.3. Epidemiologie .....	16
1.4. Etiologie .....	17
1.5. Symptomatologie .....	19
1.6. Narušení kognitivních funkcí.....	20
1.7. Sociální kognice a její narušení u schizofrenie .....	22
1.8. Deficit sociálních dovedností.....	25
1.9. Premorbidní osobnost a sociální vztahy.....	26
1.10. Průběh nemoci a prognóza .....	27
1.11. Současná léčba schizofrenie.....	30
1.11.1. Farmakoterapie .....	30
1.11.2. Psychosociální intervence.....	32
1.11.3. Psychoterapie .....	32
1.11.4. Trénink sociálních dovedností .....	33
1.11.5. Kognitivní remediace.....	34
1.11.6. Individuální a rodinná psychoedukace .....	34
1.11.7. Podporované zaměstnání .....	35
1.11.8. Podporovaná bydlení .....	36
1.11.9. Další intervence .....	37
1.12. Kvalita života a stigmatizace .....	40
2. Partnerské vztahy u mladých lidí .....	42
2.1. Období mladé dospělosti a partnerské vztahy.....	42
2.2. Výběr partnera a seznámení .....	44
2.3. Sexuální chování mladých .....	45
3. Partnerský život schizofrenních osob .....	47
3.1. Potřeba sociálních vztahů.....	47
3.2. Partnerské vztahy .....	49
3.3. Sexuální chování u schizofrenních osob .....	52
3.4. Intervence v oblasti partnerských vztahů a sexuality.....	55
<b>II. EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>57</b>
1. Cíl výzkumu a formulace výzkumných otázek .....	58
2. Projekt „Partnerské vztahy u osob se schizofrenním onemocněním“ .....	60
3. Popis použitých metod .....	61
3.1. Etika výzkumu .....	63
3.2. Výzkumný soubor .....	63
3.3. Charakteristiky respondentů.....	65
4. Sběr dat a jejich zpracování.....	71
4.1. Sběr výzkumného materiálu.....	71
4.2. Osnova rozhovoru .....	72
4.3. Přepis rozhovorů a práce se záznamem .....	76
4.4. Zpracování za použití zvolených metod .....	77
4.5. Reliabilita, validita a triangulace.....	77
5. Analýza přepisů rozhovorů.....	79
5.1. První asociace na vztah a partnerský vztah.....	80

5.2.	Důležitost sociálních vztahů .....	82
5.2.1.	Typ vztahů .....	82
5.3.	Životní spokojenost .....	85
5.4.	Schizofrenie mění vztahy s blízkými a nebo naopak? .....	87
5.5.	Zkušenosti s partnerskými vztahy .....	89
5.6.	Projevení zájmu .....	90
5.7.	Vztah a léčba .....	92
5.8.	„Ve vztazích je život, energie a láska a v nemoci chybí“ .....	94
5.9.	Potřeba podpory .....	95
5.10.	Potřeba sdílení .....	97
5.11.	Partnerství se zdravými nebo duševně nemocnými? .....	97
5.12.	Ideál vztahu .....	99
5.13.	Analýza Dotazníku do seznamky .....	102
5.13.1.	Zájmy a záliby .....	102
5.13.2.	Povahové vlastnosti .....	103
5.14.	Analýza Dotazníku dosavadních sexuálních zkušeností .....	105
6.	Výsledky práce .....	109
6.1.	1. výzkumná otázka .....	109
6.2.	2. výzkumná otázka .....	110
6.3.	3. výzkumná otázka .....	111
6.4.	4. výzkumná otázka .....	112
6.5.	5. výzkumná otázka .....	113
7.	Diskuse .....	114
8.	Závěr .....	120
	Seznam použitých zdrojů .....	122
	<i>Přehled tabulek</i> .....	129
	<i>Přílohy</i> .....	130

## Seznam použitých zkratek

<i>Zkratka</i>	<i>Význam</i>
AP	Antipsychotika
ČSÚ	Český statistický úřad
DPS	Denní psychoterapeutické sanatorium
DSM IV	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch IV revize
DSM V	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch V revize
FF UK	Filozofická fakulta Univerzity Karlovy
HIV	Virus lidské imunitní nedostatečnosti (Human Immunodeficiency Virus)
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza (Intepretative Phenomenological Analysis)
IPT	Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty
IQ	Intelligenční kvocient
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize
MKN-11	Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize
TSD	Trénink sociálních dovedností
ÚZIS	Ústav zdravotních informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace (World health organization)



## Úvod

Schizofrenie je komplexní porucha, která ovlivňuje vnímání, myšlení, řeč, emoce, kognitivní funkce i motoriku. V neposlední řadě poznamenává i sociální a pracovní vztahy. Svou ničivostí zasahuje prakticky do všech aspektů lidského života – do studia, práce, rodinných vztahů, přátelství, do partnerských vztahů a schopnosti nezávislého a svobodného bytí. Proměňuje vztah ke skutečnosti, k realitě. Osoby, které onemocní schizofrenií, musí často přehodnotit celý svůj život. Čelí stigmatizaci ze strany společnosti i vlastnímu pocitu nedostatečnosti, objevuje se self-stigma. Sny, hodnoty a životní cíle jdou stranou, život se dlouhou dobu točí pouze okolo této ničivé nemoci. Péče o pacienty se schizofrenií onemocněním se dnes orientuje nejen na psychiatrické symptomy a jejich odstranění pomocí psychofarmakologických léků. Často se užívá skupinová i individuální psychoterapeutická léčba a také programy psychosociální intervence, které klientům umožňují znovu se zařadit do společnosti a žít plnohodnotný život. Pacienti se schizofrenií jsou v těchto programech podporováni v tom, aby posílili svou odolnost vůči stresu (k čemuž také pomáhá trénink kognitivních funkcí a sociálních dovedností), naučili se rozpoznávat včas příznaky nastupujícího relapsu a zvládat svou nemoc. Programy komunitních služeb nabízí tzv. chráněné prostředí. Cílem je umožnit pacientům se schizofrenií žít ve svém vlastním prostředí, mimo psychiatrická oddělení, tedy v chráněném, podporovaném či samostatném bydlení (Motlová, 2004b). Většina programů se zaměřuje na zvládání nemoci, zaměstnání a bydlení. Často se však zapomíná na osobní život pacientů, včetně života partnerského a manželského.

Přesto, že schizofrenie je celoživotní poruchou a vyžaduje intenzivní péči, byly učiněny obrovské pokroky a pacienti mají dnes možnost žít plnohodnotný život. S ústupem akutní fáze se mladý člověk s touto nemocí začíná znovu ptát, co by od života chtěl, a snaží se „žít normální život“. A do „normálního“ života mladých lidí patří nepochybně i partnerské vztahy. Lidé trpící schizofrenií jsou často bez partnera, přesto po vztazích přirozeně touží a přáli by si zakládat rodinu, mít děti, žít život běžného člověka. Je však otázkou, nakolik osoby s touto nemocí mohou vytvářet a udržovat stabilní partnerské vztahy.

Schizofrenie se poprvé manifestuje v pozdní adolescenci a časně dospělosti (Motlová, 2004a). Tato vývojová období jsou typická pro rozvoj vlastní identity a utváření sociálních vztahů. Vágnerová (2000) píše o období mladé dospělosti: „Jedním z hlavních vývojových úkolů mladé dospělosti je vytvoření stabilnějšího monogamního partnerského vztahu. Volba

partnera je ovlivněna jak osobnostními rysy, tak sociálními zkušenostmi“ (Vágnerová, 2000, s. 372).

Osoby se schizofrenním onemocněním se již od počátku své nemoci setkávají s izolací, sociálním odmítáním, a nemají příliš rozvinuté sociální sítě. Nástup nemoci v adolescenci či mladé dospělosti často znemožňuje navázání a udržení blízkých vztahů (např. Lencucha, Kinsella, & Sumsion, 2008).

Léčba schizofrenie se proto soustředí nejen na zmírnění symptomů, ale také na zlepšení kvality života, včetně života intimního. Jak píše Češková (2007): „Cílem je, aby i psychicky nemocný dosáhl pocitu smysluplnosti a užitečnosti, byl soběstačný, měl sociální kontakty, zapojil se do pracovního procesu. Konkrétně u schizofrenního nemocného jsou aktuální pojmy resocializace a integrace do společnosti – což znamená udržet ho v realitě všedního života i za podmínek stále většího konkurenčního boje a ekonomických problémů“ (Češková, 2007, s. 11-12).

Téma partnerských vztahů u osob se schizofrenní poruchou je v psychologii nové a neprozkoumané, v posledních letech se však odborná veřejnost začíná o toto téma více zajímat a tak se postupně začíná rozvíjet. Již nyní je však známo, že i u osob s duševním onemocněním jsou sociální vztahy, partnerství a láska frekventovanými tématy v psychoterapii individuální i skupinové. Většina zahraničních studií prokazuje, že velké procento pacientů není ve stabilním partnerském vztahu, přesto po něm často touží. Sociální život je neopomenutelným podpůrným aspektem v léčbě, je obecně známé, že schizofrenní pacienti, kteří nemají přátele a blízké osoby, vykazují horší průběh nemoci (např. Lencucha, Kinsella, & Sumsion, 2008; MacCabe, Koupil, & Leon, 2009).

Pro zvýšení kvality života klientů je potřeba se tématem partnerství a vztahů zabývat, odborně popsat problematiku navázání i udržení partnerských vztahů. Zjistit, zda pacienti mohou a chtějí udržovat partnerské vztahy a vytvářet vlastní rodinu. Tento příspěvek je jedinečný proto, že se zabývá právě tím, jaký význam mají partnerské vztahy pro mladé osoby se schizofrenním onemocněním, jak jsou pacienti schopni tyto vztahy navazovat a udržovat. Tato diplomová práce je rozdělena na dvě základní části – na část teoretickou a empirickou. V teoretické části naleznete tři kapitoly, v první kapitole se věnuji onemocnění schizofrenie (dle MKN- 10) ve vztahu k sociálním a partnerským dovednostem a jejich deficitu. Popisují epidemiologii, etiologii, symptomatologii schizofrenie a specifické charakteristiky tohoto onemocnění ve vztahu k sociálnímu životu. V druhé kapitole se pak věnuji tématu navazování a udržování partnerských vztahů u mladých zdravých osob, tuto kapitolu zařazujeme proto, aby bylo možné porovnat, jak se odlišují a v čem jsou

podobné zkušenosti mladých zdravých a schizofrenních osob. Kapitola třetí se věnuje partnerským a sexuálním vztahům mladých osob se schizofrenií. V empirické části je prezentován kvalitativní výzkum o partnerských vztazích u mladých osob se schizofrenním onemocněním. Zkoumám, jaký význam mají vztahy pro osoby se schizofrenním onemocněním, jaké mají zkušenosti s partnerstvím i sexualitou, jaká mají očekávání a představu ideálu. Rovněž se zabývám tím, zda mladým osobám se schizofrenií partnerské vztahy spíše prospívají či způsobují komplikace v léčbě.

Ráda bych upozornila na to, že tato práce si neklade za cíl popsat schizofrenní onemocnění jako celek, ale zaměřuje se jen na témata související se sociálními vztahy a především partnerským životem a to především u osob v mladém věku (18-35 let). Proto v této práci nenajdete například kapitoly věnující se hlouběji etiologii nemoci, teoriím jejího vzniku ani typům léčby. V této práci uvádím pojmy „pacient“ i „klient“ jako synonyma. Schizofrenie je psychiatrickou diagnózou a ve shodě se zahraniční literaturou užívám pojmu „pacient“, pokud mluvím o osobách trpících tímto onemocněním. Osoby, o kterých píš, jsou často také uživateli sociálních služeb, proto je možné i užití pojmu „klient“. V praktické části užívám i pojmu „respondent“, tam, kde hovořím o účastnících výzkumu.

Tato diplomová práce si klade za cíl zmapovat význam partnerského vztahu pro osoby se schizofrenním onemocněním a jejich zkušenost s partnerskými vztahy. V neposlední řadě tato diplomová práce přispěje k popisu problematiky partnerských vztahů u osob s tímto závažným onemocněním a otevření tématu pro následné výzkumy. Tato práce by svým teoretickým základem mohla přispět k vytváření efektivních intervenčních programů určených pro ty osoby, které trpí tímto ničivým onemocněním a touží po navazování partnerských vztahů.

Ke vzniku této diplomové práce mě inspirovala spolupráce s prim. MUDr. Jarolínkem z DPS Ondřejov, pod jehož vedením vznikl první a v současné době jediný program pro schizofrenní pacienty v České republice zabývající se tématem partnerských vztahů. Měla jsem tu čest stát u příprav tohoto projektu, který je nazván Škola seznamování, a je určen pro mladé osoby se schizofrenním onemocněním, které mají chuť se seznamovat a navazovat partnerské vztahy (více na [www.capz.cz/skseznam](http://www.capz.cz/skseznam)). Už v roce 2009 byl nápad na tento projekt představen na konferenci České asociace pro psychické zdraví v Emauzech „Psychoterapie psychóz...Ano, ale jaká?“ a setkal se s velkým zájmem o toto téma ze strany přítomných psychiatrů i psychologů. Vzhledem k tomu, že programy na podporu navazování partnerských vztahů jsou žádané a potřebné a v současné době není dostatek české odborné

literatury zaměřené na toto téma, rozhodla jsem se pro zpracování tohoto tématu. Ke vzniku této diplomové práce, především její empirické části přispěla finanční podpora z vnitřních grantů FF UK.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1. Schizofrenie

V této kapitole krátce popíšeme ničivé onemocnění schizofrenie, jeho etiologii, epidemiologii, symptomatologii a další specifické charakteristiky této nemoci. Dozvíme se, jaký deficit způsobuje tato nemoc a jaké důsledky má pro vytváření a udržování sociálních vztahů, specificky vztahů partnerských.

## 1.1. Definice schizofrenie

Schizofrenie je jedno z nejzávažnějších psychotických onemocnění. Smolík (1996) definuje schizofrenii následovně: „Schizofrenie je duševní porucha všeobecně charakterizovaná fundamentálním a charakteristickým narušením myšlení a vnímání, přičemž emotivita neodpovídá situaci nebo je oploštělá. Jasně vědomí a intelektuální kapacita zůstávají obvykle zachovány, i když v průběhu času se může vyvinout určitý kognitivní deficit. Narušení zahrnuje většinu základních funkcí, které poskytují normálnímu jedinci pocit osobitosti, jedinečnosti a sebekontroly. Jedinec má často pocit, že většina jeho intimních myšlenek, pocitů a počinů je známá jiným osobám nebo je jimi sdílena, a mohou se rozvinout bludy, vysvětlující tento pocit jako následek působení přirozených nebo nadpřirozených sil, které ovlivňují myšlenky nebo činy trpícího jedince často bizarním způsobem“ (Smolík, 1996, s. 151).

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize za nejdůležitější psychopatologické fenomény pro onemocnění schizofrenie (F 20) považuje „slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání nebo vysílání myšlenek; bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo končetin, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání; halucinatorní hlasy, průběžně komentující chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvající, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla; či trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a zcela nemožné (např. schopnost ovlivňovat počasí, schopnost spojit se s cizinci z jiného světa). Dále jsou to přetrvávající halucinace v kterékoliv formě; neologismy, zárazy nebo vkládání myšlenek do toku a z nich vyplývající inkoherece nebo irelevantní řeč; katatonní jednání a „negativní“ symptomy“ (Duševní, 1996).

Schizofrenie zásadně mění způsob, jakým člověk prožívá sám sebe, ostatní lidi a svět kolem sebe, v němž žije. Nemocný se uzavírá ve svém vlastním světě fantazií, preludů

a bludů a odtrhává se od druhých lidí. Skutečná realita se mu pak stává cizí. Sociální okolí jeho jednání nerozumí, ale změny registruje a prožívá je společně s ním (Doubek, Praško, Hons, & Herman, 2010). Schizofrenie zásadně narušuje vnímání sebe i okolí, kognitivní procesy a také sociální dovednosti. Člověk trpící tímto onemocněním se často izoluje od reálného světa a blízkých lidí a uzavírá se do svého, často bludného světa.

## **1.2. Formy schizofrenie**

V této kapitole stručně popíšeme, čím se vyznačují jednotlivé typy schizofrenie klasifikované dle MKN-10. Vzhledem k tomu, že současná verze mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) přináší obecně platná kritéria pro diagnostiku nemocí, je popis jednotlivých typů schizofrenie ve všech odborných knihách podobný. Z tohoto důvodu se v následující kapitole budeme opírat o jeden zdroj a to o kapitolu Boučka - Formy schizofrenie (Bouček et al., 2006), na základě které stručně popíšeme nejdůležitější charakteristiky jednotlivých typů schizofrenie. Činíme tak i z toho důvodu, že podrobná charakteristika typů schizofrenie není cílem této práce a je snadno vyhledatelná v různých odborných zdrojích.

### **Paranoidní schizofrenie F 20.0**

Tento typ schizofrenie patří mezi nejčastěji diagnostikované a je charakterizován především bludy a halucinacemi, které se liší mírou uspořádanosti a naléhavosti podle průběhového stadia onemocnění. Bludy mohou zahrnovat témata perzekuční, ale i velikašská. Často mají organizující vliv na myšlení a prožívání nemocného. Vedou ho k symbolickým výkladům skutečnosti (symbolické myšlení) nebo ke snaze ovlivnit skutečnost prostřednictvím myšlenek, působení na dálku a různých nezvyklých postupů (magické myšlení).

### **Hebefrenní schizofrenie F 20.1**

Další tradiční typ schizofrenie je hebefrenní forma onemocnění, kterou DSM IV označuje za dezorganizovaný typ schizofrenie. Je charakterizována vrtkavostí, necílenou nebo potrhlou aktivitou a nepřiměřeně nezbednými, nevypočitatelnými projevy, které vedou k jakési fragmentaci chování. Pacient se často chová manýrovaně, strojeně mluví, planě filozofuje, nápadně a nepřiléhavě se projevuje i v ustrojení. V popředí projevů onemocnění jsou zkarikované, přehnané projevy nedospělosti v mírné formě provázející dospívání.

### **Katatonní schizofrenie F 20.2**

U tohoto typu jsou v popředí poruchy psychomotoriky. Mohou se projevovat nadměrnou vzrušeností, bezcílným neklidem nebo projevy chorobného nerovnoměrného útlumu motoriky. Tělo a končetiny setrvávají v nastavených polohách a při pasivních pohybech je zvýšený svalový tonus (*flexibilitas cerea*, *katalepsie*). Závažným projevem je katatonní stupor, který může být spojen se zaujímáním nepřirozených pozic. Povelový automatismus, napodobování a negativismus také patří k typickým projevům katatonní formy schizofrenie.

### **Simplexní schizofrenie F 20.6**

Poměrně málo častá, ale prognosticky závažná forma onemocnění má v popředí příznaky změny chování s úpadkem vůle, zlostejněním, zpovrchněním, ztrátou zájmu a oploštěním emocí. Emoce mají situaci nepřiměřený charakter.

Současná klasifikace nemocí ještě popisuje podtypy **nediferencovaná schizofrenie F 20. 3**, reziduální schizofrenie F 20.4 a postschizofrenní deprese F 20.5 (Bouček et al., 2006).

## **1.3. Epidemiologie**

Následující kapitola se krátce věnuje epidemiologii schizofrenie, popíšeme základní epidemiologické údaje – prevalenci a incidenci. Světová zdravotnická organizace (WHO, 2006) ve svých šetřeních udává, že výskyt schizofrenie je přibližně stejný po celém světě, ve všech geografických oblastech. Celosvětové populační studie ukazují míru incidence (počet nově zjištěných pacientů) od 1 do 4 případů na 10 000 osob za rok. Ukazuje se, že míra nových případů za rok je velmi obdobná napříč rozdílnými regiony i kulturami. Ačkoli přírůstek nových případů za rok je po celém světě přibližně stejný, prevalence (počet léčených pacientů v daném roce) schizofrenního onemocnění v celosvětové populaci variuje mezi 10 – 75 případy na 10 000 osob. V České republice byla v roce 2010 incidence schizofrenie 4,5 případů na 10 000 obyvatel za rok, prevalence 39,5 případů na 10 000 osob (ÚZIS, 2011).

Není jisté, zda se schizofrenní onemocnění vyskytuje častěji u mužů či u žen. Motlová (2004a) udává, že „metaanalýza literatury publikované v posledních dvou desetiletích



(k r. 2004) naznačuje vyšší riziko onemocnění schizofrenií pro muže. Avšak metodologické problémy analyzovaných studií jsou značné a existence skutečných rozdílů mezi pohlavími zůstává kontroverzní“ (Motlová, 2004a, s. 39). Z nejnovějších dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky můžeme vyčíst, že v roce 2010 bylo v ambulantním ošetření evidováno 41 533 pacientů se schizofrenií s mírnou převahou (54,5%) žen (ÚZIS, 2011). Jak tedy vidíme, v České republice bylo v roce 2010 ošetřeno přibližně stejné množství mužů i žen trpících schizofrenií.

## **1.4. Etiologie**

Pojetí schizofrenie se v průběhu historie jejího studia výrazně měnilo. Původní psychosociální teorie vzniku tohoto onemocnění byly postupně nahrazeny teoriemi pohlízejícími na schizofrenii primárně jako na onemocnění mozku. Přestože se však nyní pohled na schizofrenii liší od původních teorií, stále se ukazuje, že psychosociální aspekty hrají ve vzniku onemocnění roli. Konkrétně mohou být psychosociální faktory příčinou stresu, který má vliv na vznik onemocnění u náchylných jedinců (Walker & Tessner, 2008). Předpokládá se interakce rozdílných patologických mechanismů zahrnujících vnitřní i vnější rizikové faktory. V následující kapitole popíšeme některé z možných vlivů a teorií vzniku schizofrenie, převážně uvádíme teorie a přístupy nejnovější a nejběžněji udávané.

Současný přístup nahlíží na etiologii schizofrenie jako na souhru genetických faktorů a faktorů prostředí. Genetické faktory nemohou vysvětlit vznik schizofrenie zcela, neboť nemoc se může projevit pouze u jednoho z monozygotických dvojčat (Walker et al., 2004). Walker a kolegové (2004) dále uvádí, že genetické vlivy jsou také patrné ve studiích adoptovaných dětí s biologickým rodičem se schizofrenií.

Vlivy prostředí mohou být jak prenatální, tak postnatální. Výzkumy uvádí (např. King, St-Hilaire, & Heidkamp, 2010; Koukolík & Motlová, 2004a), že mezi pravděpodobnými prenatálními vlivy jsou vysoký věk otce, infekce a stres matky v průběhu těhotenství, nechtěné těhotenství, sezóna narození (častěji narození v zimním období), nedostatečná strava či toxické látky. Vyšší výskyt schizofrenie může být také spjat s porodními problémy (King, St-Hilaire, & Heidkamp, 2010; Koukolík & Motlová, 2004a). Postnatální vlivy, které mohou zvýšit pravděpodobnost vzniku schizofrenie, jsou např. úraz hlavy, vysoká míra stresu (Walker et al., 2004; Walker & Tessner, 2008), abúzus návykových látek, vývojový stres, zhoršené sociálně-ekonomické podmínky a bydliště v urbanizovaných oblastech (Koukolík & Motlová, 2004a). Usuzuje se, že stres může vést k poškození

hipokampu, který je na vliv stresu náchylný, a jenž může hrát roli v patofyziologii schizofrenie (Grace, 2010).

Přestože při vzniku schizofrenie hrají důležitou roli genetické a prenatální vlivy, onemocnění se začíná projevovat až později a diagnostikováno bývá nejčastěji mezi 20. a 25. rokem života (Walker et al., 2004). Věk, ve kterém schizofrenie propukne, je nejdůležitějším vodítkem k etiologii nemoci. Z nejnovějších výzkumů (Choi et al., 2008; Walker et al., 2004) vyplývá, že existují minimálně dvě senzitivní období pro rozvoj schizofrenie. V raném vývoji může dojít k vývojovým poruchám mozku, které později vedou k poruchám řeči a mohou mít souvislost s morfologickými abnormalitami mozku, které jsou pozorovatelné u dospělých schizofrenních pacientů. Pozitivní symptomy schizofrenie se nejčastěji projevují v dospívání, objevují se v epizodách a v počátcích dobře reagují na farmakologickou léčbu. Čím v pozdějším věku se schizofrenie objeví, tím méně pravděpodobné jsou vývojové poruchy z raného dětství, tím pádem vzniká vyšší šance na zotavení se z akutních epizod.

Všeobecně se předpokládá, že „základní poruchou u schizofrenie je narušení procesu zpracování informací. O vysvětlení fyziologického mechanismu se snaží koncept rozpojení („disconnection“). Je zvažováno rozpojení mezi prefrontální mozkovou kůrou a limbickým systémem a rozpojení na úrovni kůry mozkové, včetně komunikace mezi pravou a levou mozkovou hemisférou“ (Češková, 2007, s. 15).

U osob trpících schizofrenií se ve studiích ukazuje snížení objemu šedé hmoty mozkové v prefrontální, mediální temporální a superiorní temporální oblasti. Ztráta šedé hmoty se potvrzuje i v longitudinálních studiích. Konkrétně se například našla vyšší ztráta šedé hmoty mozkové u lidí, kteří měli zvýšené riziko schizofrenie, a u nichž se nemoc nakonec rozvinula, než u osob, u kterých se nakonec nemoc nevyvinula. Studium takovýchto případů mimo jiné ukazuje, že tyto abnormality nejsou způsobeny medikací, a naznačuje možnost předpovědi vývinu schizofrenie za využití zobrazovacích technik mozku (Karlsgodt, Sun, & Cannon, 2010).

V posledních letech se důležitým tématem stává včasná detekce a intervence v počátcích nemoci. „Primární prevence se orientuje na eliminaci etiologických rizikových faktorů a posílení individuální odolnosti vůči morbidním faktorům, nicméně v rámci léčby schizofrenie nebyl účinný efekt primární prevence dosud prokázán. Proto se mnoho výzkumníků zabývá sekundární prevencí, což je předcházení a oddálení vzniku psychózy, redukce závažnosti onemocnění a posílení výsledků léčby“ (Choi et al., 2008, s. 1083).

U žen se schizofrenie objevuje v pozdějším věku, má příznivější průběh a ženy trpí méně často neurologickými defekty a poruchami řeči. Souvislost věku a výskytu symptomů lze interpretovat tak, že schizofrenie může být způsobena interakcí genů, které později zajišťují vývoj různých oblastí mozku (především frontálních laloků) a to jak v raném vývoji, tak v adolescenci (DeLisi, 1992). Důvodem pozdního vzniku onemocnění mohou tak být i hormonální změny v adolescenci nebo poruchy ve vývoji mozku v adolescenci či mladší dospělosti (Walker et al., 2010).

Moderní psychologické i psychiatrické výzkumy se snaží objasnit etiologii této nemoci, díky zobrazovacím metodám mozku a výzkumu v oblasti genetiky se pomalu rozkrývá tajemství jejího vzniku. Nejnovější přístupy se kloní k souhře genetických faktorů a faktorů prostředí, které způsobí vznik schizofrenie, vysvětlení tohoto onemocnění a jeho vzniku však zůstává stále ještě pouze v rovině teoretické a je třeba dalších výzkumů, než budeme moci přesně popsat, jak toto onemocnění vzniká.

## **1.5. Symptomatologie**

Popisované příznaky schizofrenie se tradičně dělí na tzv. pozitivní a negativní. Mezi pozitivní příznaky patří halucinace, bludy, dezorganizovaná řeč, dezorganizovaná komunikace i dezorganizované nebo katatonní chování. Za negativní příznaky se označuje emoční oploštělost, anhedonie, redukce plynulosti a produktivity myšlení a ochuzení řeči (alogie), nedostatek schopnosti iniciovat cílevědomé jednání (abulie) a nedostatek motivace (Walker et al., 2004; Bouček et al., 2006). U nemocných se často projevují deficity v řešení interpersonálních problémů a sociálních dovednostech. Dále se uvádí ztráta schopnosti neverbální komunikace skrz mimiku a výraz v obličeji, tón hlasu, oční kontakt, gestiku, posturologii, atd. (Jibson, Glick, & Tandon, 2004). Normální komunikace je však na těchto vodítkách založena, i proto u schizofrenního onemocnění nastává významné narušení sociálních vztahů a komunikace. Zatímco manifestace pozitivních příznaků vede často k hospitalizaci, převaha negativních symptomů spíše koreluje s nezvládáním každodenního života, nemožností nalezení pracovního uplatnění a neschopností udržet si přátelské a rodinné vztahy (Ho et al., 1998).

Jak píše Bouček a kolektiv (2006), podle převahy pozitivních nebo negativních příznaků se schizofrenní psychóza dělí na typ I a typ II (typologie dle T. Crowa) nebo pozitivní, negativní a smíšený typ (typologie dle N.Andreasenové). Bouček dále uvádí: „Není shoda ani v tom, zda se vyskytují v různých stádiích jednoho chorobného

procesu, nebo zda se spíše reprezentují zvláštní formy choroby. Negativní příznaky nejsou specifické. Byl proto definován zvláštní podtyp deficitní schizofrenie. To je schizofrenní onemocnění, u kterého se negativní příznaky vyskytují od samého počátku a nejsou nežádoucím výsledkem léčby neuroleptiky, sociální izolace nebo spojené s onemocněním depresí“ (Bouček et al., 2006, s. 51).

Kromě pozitivních a negativních příznaků se u nemocných schizofrenií často projevují poruchy afektu a nálad, a to jak ve smyslu prožitku, tak ve smyslu percepce emočních signálů druhých lidí. K dalším příznakům schizofrenního onemocnění patří kognitivní deficit (zhoršená koncentrace, snížená pozornost, paměť, zhoršení schopnosti řešení problémů či rychlosti zpracování informací) a deficit v sociální kognici (empatie, theory of mind, atribuční styl, pochopení humoru, ironie, metafor). Harvey (2010) také uvádí, že míra zhoršení kognitivních funkcí má vliv na schopnost úspěšně fungovat v běžném životě (Harvey, 2010).

## **1.6. Narušení kognitivních funkcí**

Schopnost bezproblémové interakce v sociálním poli předpokládá intaktní kognitivní funkce. Diagnóza schizofrenie, jak ji chápeme dnes, implikuje kognitivní deficit. Deficit kognitivních funkcí často zhoršuje i sociální fungování. U pacientů se schizofrenií se opakovaně zjišťují poruchy verbálního učení a vybavování, prostorové a verbální pracovní paměti, pozornosti a exekutivních funkcí (například plánování, iniciování činnosti, reakce na změnu zevních podmínek apod.). Předpokládá se, že zlepšení kognitivních funkcí povede i ke zlepšení osobního a sociálního fungování (Koukolík & Motlová, 2004b). V posledních letech se zájem odborníků na duševní zdraví přesunul k otázce, zda je kognitivní deficit symptomem schizofrenie, či zda je to symptom objevující se už u premorbidní osobnosti a jaké následky tento deficit může způsobit. Kognitivní funkce jsou silně provázány s naším osobním i sociálním životem, proto je důležité znát, jakým způsobem a které kognitivní funkce jsou u schizofrenních pacientů narušeny, a to i pro správně pochopení deficitu sociální interakce.

Dlouho diskutovanou otázkou je, zda je kognitivní deficit neodmyslitelným symptomem schizofrenie, či zda existují pacienti, kteří kognitivní deficit nevykazují. Palmer a kolegové (1997) se ptali, zda je možné, aby existoval pacient se schizofrenií bez kognitivního deficitu a bez neuropsychologické poruchy, ve svém článku „Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal?“ a jejich odpovědí bylo, že mohou

existovat pacienti, kteří nevykazují žádné kognitivní potíže. Také zjistili, že u pacientů, kteří mají zhoršené kognitivní funkce, převládají negativními symptomy (Palmer et al., 1997). Někteří autoři navrhuji možnou existenci skupiny schizofrenních pacientů, která by vykazovala hlubší kognitivní poškození než je běžně pozorovatelné u ostatních pacientů se schizofrenií (Kirkpatrick, Castle, Murray, & Carpenter, 2000).

Wilk a kolegové (2005) na Palmerovu otázku odpovídají výzkumem (článek s názvem „No, It Is Not Possible to Be Schizophrenic Yet Neuropsychologically Normal“), ve kterém tvrdí, že pacienti bez neuropsychologického deficitu neexistují a schizofrenní onemocnění vždy vede ke kognitivnímu deficitu. Wilk a kolegové prezentují (2005), že pacienti se schizofrenií mají zhoršené kognitivní funkce ve srovnání s kontrolní skupinou zdravých lidí. Pacienti se schizofrenním onemocněním prokazují signifikantně zhoršenou pracovní paměť, zpomalené myšlení, ale také horší verbální porozumění než zdravá populace. I přes mnoho zrealizovaných výzkumů v posledních letech (Palmer et al., 1997; Wilk et al., 2005; MacCabe, 2008) není otázka původu kognitivního deficitu dosud plně zodpovězena, nicméně převládá odborný názor, že kognitivní deficit patří k symptomům onemocnění schizofrenního okruhu.

Kognitivní deficit by mohl být klíčem k odhalení schizofrenie už v premorbidní fázi a vysvětlením narušení sociálních vztahů už před první atakou. Finský výzkum (Cannon et al., 1999) se snažil objasnit, zda se odlišují děti, u kterých se později rozvinula schizofrenie, od těch, kteří tuto nemoc nemají. K analýze této skutečnosti jim posloužily studijní výsledky ze základní školy. U předmětů, u kterých je nutné využívat nejrozličnější kognitivní funkce, děti nevykazovaly horší výsledky než jejich vrstevníci, ani zhoršený prospěch nebyl významný v pozdějším rozvoji schizofrenního onemocnění (Cannon et al., 1999).

Zajímavým příspěvkem ke vztahu inteligence a schizofrenie je nejnovější výzkum MacCabe a jeho týmu (2012), který se zabýval otázkou snížených kognitivních funkcí u osob s vysokým premorbidním inteligenčním kvocientem. Záměrem bylo mimo jiné zjistit, zda existují kognitivní funkce, jejichž úbytek je nezávislý na premorbidním IQ, tj. které funkce kognice jsou ovlivněny nástupem schizofrenie. Výskyt schizofrenních pacientů s vysokým IQ je poměrně vzácný (MacCabe, 2008), tato skupina prokazuje nižší míru negativních symptomů než pacienti se schizofrenií s IQ v normě (MacCabe et al., 2012). Pacienti s nadprůměrným IQ rovněž vykázali lepší výsledky v subtestu měřícím pracovní paměť, tento vztah nebyl signifikantně prokázán, ale ukazuje se, že právě pracovní

paměť by mohla být klíčem k nadprůměrné inteligenci i po rozvinutí schizofrenie (MacCabe et al., 2012).

Jak vidíme, nejnovější výzkumy ukazují, že významným kognitivním deficitem nemusí trpět všichni schizofrenní pacienti, ale že některé skupiny mají kognitivní funkce více či méně zachovalé. Kognitivní deficit a remediace kognitivních funkcí je jedním z nejdůležitějších témat, jimiž se současní výzkumníci psychotického onemocnění zabývají. V rámci léčby je trénink kognitivních funkcí nedílnou součástí zotavení, stejně tak nácvik sociálních dovedností a nácvik sociálně kognitivních dovedností (Green, 2012; Moritz, 2012).

### **1.7. Sociální kognice a její narušení u schizofrenie**

Problematika deficitu kognitivních schopností u schizofrenie byla dlouhou dobu v centru pozornosti výzkumníků. V poslední době se však do popředí dostává i téma sociální kognice (např. Kurtz & Richardson, 2011). Tuto tendenci bylo možné pozorovat i na konferenci Mezinárodní společnosti pro výzkum schizofrenie ve Florencii (Itálie) v roce 2012 (3rd Schizophrenia International Research Society Conference, Schizophrenia: The Globalization of research, Florence, Italy, 14. - 18. dubna 2012). Několik přednášek bylo věnováno právě sociální kognici a tréninku sociálních dovedností ve spolupráci se sociální remediací, které se ukazují jako nejefektivnější (např. Bartholomeusz & Allott, 2012).

Sociální kognici můžeme definovat jako „procesy a funkce, které člověku dovolují porozumět, jednat a těžit z interpersonálního světa“ (Corrigan & Penn, 2004, s. 3), tedy „sociální kognice se zabývá studiem sociálního poznání a sociálních procesů, které probíhají při utváření subjektivní reality. Cílem je prozkoumat, jak jsou informace kódovány, uskladňovány a vybavovány z paměti, jaké se utváří konstrukce a reprezentace sociálního poznání, a jaké procesy probíhají při vytváření úsudku a rozhodování“ (Fiedler & Bless, 2001, s. 151).

Bankovská Motlová a Španiel (2011) o sociální kognici píší: „Intaktní sociální kognice je klíčem k mezilidské komunikaci. Aby člověk obstál bez zbytečného stresování se v mezilidských vztazích, potřebuje ovládat určité sociální dovednosti, k nimž patří konverzace, asertivní komunikace, dovednost o něco požádat či naopak něco odmítnout. Například někdo se stydí, má-li oslovit druhou osobu, a stud může být natolik silný, že dotyčný pak raději tráví čas doma o samotě a žije v izolaci. Psychóza může tento stud

či nejistotu v mezilidských vztazích vyvolat, stejně jako může narušit schopnost rozumět mezilidským interakcím a zhoršit komunikační dovednosti. Vztahovačnost a nedůvěra k druhým vede k nejistotě. Proto člověk po psychóze potřebuje znovu nabýt sebedůvěry i důvěry v ostatní lidi“ (Bankovská Motlová & Španiel, 2011, s. 21).

Problémy v sociální kognici, jako je chybné interpretování chování druhých lidí, stejně jako nepředpokladatelné chování osob se schizofrenií, silně ovlivňují vztahy s vrstevníky, partnerské vztahy, rodinné vztahy, vztahy s přáteli i vztahy ve škole nebo i vztahy pracovní (Horan, Kern, Green, & Penn, 2008). Osoby se schizofrenií vykazují značné a trvalé zhoršení sociálně kognitivních funkcí, objevují se dysfunkce ve zpracování emocí, v sociální percepci a též se projevují atribuční chyby (Green & Horan, 2010). Tradičně se uvádí, že schizofrenní pacienti selhávají v „theory of mind“ (někdy nazývané jako „mentalizing“ proces) (Concoran, 2004). Tento koncept můžeme definovat jako „schopnost vykládat chování druhých lidí i své v pojmech interpretujících duševní stavy, které nelze pozorovat přímo“ (Koukolík, 2000, s. 320). Lidé přirozeně a nepřetržitě přemýšlí o tom, co si ostatní myslí, co zamýšlí a čemu věří. Člověk nepřetržitě sleduje ostatní lidi a někdy dokonce i neživé objekty a snaží se zjišťovat jejich domnělé úmysly. Nezbytným předpokladem procesu „mentalizing“ je uvědomění si sebe sama. Poznání toho, co bychom my sami dělali v dané situaci, nám pomůže k pochopení duševního stavu druhého. Concoran (2004) uvádí, že tato informace je nám přístupná díky epizodické paměti, která nám přiblíží nějakou podobnou situaci, ve které jsme se kdysi sami ocitli. Theory of mind je nesmírně důležitá právě v sociálních vztazích. Odhadnout stav mysli druhého člověka je klíčem k pochopení chování a jednání druhých lidí.

Sociální kognice a sociální chování spolu úzce souvisí. Zatím nebyl publikován dostatek výzkumů, abychom zjistili, jaký přesný deficit vykazují lidé se schizofrenií. Nicméně zdá se, že některé úrovně sociální percepce jsou zasaženy touto nemocí, například rozpoznávání emocí z tváře, percepce dynamických sociálních stimulů, self-percepce, tedy to, jak vnímáme sami sebe v sociálním kontextu. Tyto uvedené mechanismy souvisí s celkovým fungováním člověka v sociálním světě a mohou být u schizofrenie narušeny (Penn, Combs, & Mohamed, 2004).

Newman (2004) uvádí další deficity sociální kognice, které byly u schizofrenie popsány. Pacienti mívají potíže s odhadováním záměrů druhých lidí, což může souviset s rozvinutím paranoie. Narušené mohou být také mentální operace, které se podílejí na rozlišování emocí. Jejich nesprávné rozlišení pak vede k tomu, že se do procesu usuzování dostávají neadekvátní informace a tak se vytvoří neadekvátní atribuce,

kteřé budou mít bezprostřední vliv na chování pacienta, které pak nemusí odpovídat situaci. Pacienti se schizofrenií také často nesprávně interpretují sociální situace, nepočítají s tím, že jejich vlastní chování je situačně ovlivněno, a proto se sami mohou podílet na tom, že je jejich chování chybně interpretováno. Je u nich více patrný tzv. self-service bias, který lze popsat jako sociálně psychologický fenomén, kdy úspěch přičítáme sami sobě a neúspěchy okolí – viníme jiné lidi, kteří „za to mohou“ (Newman, 2004).

Jak uvádí dále Newman (2004), schizofrenie je také spojena s nerealistickým sebehodnocením. Pacienti mají problém náhledu na to, jak je vnímají ostatní lidé, a tak si vytváří i zkreslené koncepty pojetí sebe sama (self-schéma). Narušené mohou být také schopnosti sebereflexe, sdělování myšlenek i pocitů, a to jak verbální, tak neverbální cestou. Pro pacienty je náročné vnímat svět z pohledu druhého člověka, což může vést k chybným mentálním reprezentacím o ostatních a o vztazích s nimi. Osoby s poruchami schizofrenního okruhu mají také zasaženou schopnost empatie, těžko zvládají „hraní sociálních rolí“, mají narušenou metakognici, která je velmi důležitá pro řešení problémů (Newman, 2004).

Narušení sociální kognice tak může negativně zasahovat do oblasti partnerských životů. Již při procesu seznamování je potřeba hned několik sociálně kognitivních dovedností, například potřebujeme poznat, zda o nás někdo projevuje zájem, jaké emoce zrovna cítí, zda má zájem se s námi více bavit či ne. Z praxe víme, že schizofrenní pacienti mají problém například udělit kompliment. Tento fakt může souviset právě s narušením sociálně kognitivních procesů. Pro mezilidské vztahy je nesmírně důležitá empatie. Zvláště pak u lidí, kteří trpí schizofrenií, mohou nastávat situace, kdy nedostatek vcítění může končit odmítnutím partnerů a dalších lidí. Pokud nejsou pacienti schopni správně „číst“ sociální situace, pak je pochopitelné, že se takovým situacím vyhýbají, izolují se a stávají se samotářskými. Díky nedostatkům v procesu sociálního poznávání mohou zažívat více konfliktů, nejasné komunikace a odmítnutí ze strany sociálního okolí. Vzniká tak začarovaný kruh, kdy může být pro pacienty velmi náročné „vylézt z ulity“ a snažit se navazovat sociální vztahy a uspokojovat i potřebu po afiliaci, lásce a blízkosti.



## 1.8. Deficit sociálních dovedností

Tato nemoc ničivě zasahuje prakticky do všech oblastí života, pacienti často selhávají v mezilidských vztazích, v péči o sebe, o domácnost, ve vzdělání, v práci, nezvládají se starat o finance, nalézt si své samostatné bydlení a selhávají také v právních záležitostech, které často musí řešit. Tato porucha je velmi závažná, protože nezasahuje pouze do jedné ze zmíněných oblastí, často je její dopad pozorovatelný v mnoha oblastech života najednou. Pacienti často udávají nízkou úroveň kvality života, protože nejsou schopni si najít práci, žít nezávislý život, vydělat si dostatek peněz a rozvíjet dlouhodobé vztahy (Corrigan & Penn, 2004).

Model sociálních dovedností nám objasňuje způsob, jakým jsou narušeny sociální funkce u schizofrenie (Bellack, 2004b podle Ikebuchi, 2007). Tento model ukazuje, že sociální kompetence jsou založeny na třech typech dovedností: na „dovednosti přijímat“, „dovednosti zpracovávat“ a „dovednosti předávat“ informace během sociální interakce. „Dovednost přijímat“ informace v sobě zahrnuje schopnost adekvátně číst a dekodovat sociální vstupy. Do této kategorie patří schopnost adekvátně přechíst sociální expresi a sociální vodítka, jako je tón hlasu, gestikulace, stejně tak jako obsah verbálního sdělení. „Dovednost zpracovávat“ informace (dovednost řešit sociální problém) zahrnuje efektivní analýzu sociální situace, integraci aktuální informace s informacemi uloženými v dlouhodobé paměti a naplánování efektivní reakce. „Dovednost předávat“ informace pak zahrnuje schopnost efektivně generovat neverbální chování, paralingvistiku a obsah verbálního sdělení tak, aby všechny tyto tři komponenty byly ve shodě. Tedy, aby výsledná komunikace odpovídala sociální situaci, ve které se člověk nachází, aby dávala smysl a dovedla daného člověka k cíli. Každá z těchto dovedností může být narušena u schizofrenního onemocnění (Ikebuchi, 2007). Tedy, schizofrenní pacienti mohou mít problém jak přijímat, zpracovávat i integrovat informace pocházející ze sociálních interakcí.

Deficit v sociálních dovednostech u osob se schizofrenním onemocněním může být příčinou jak narušených kognitivních funkcí, které jsou pro tento proces nezbytné (verbální paměť, pozornost), tak i nedostatkem v učení se sociálních dovedností v různých sociálních prostředích od raného dětství. Ukázalo se, že jak sociální kognice (např. rozpoznávání emocí z výrazu ve tváři, percepce sociálních klíčů, dovednost „theory of mind“...), tak „nesociální“ kognice (např. pozornost, verbální paměť, exekutivní funkce...) velmi úzce souvisí se sociálními dovednostmi (Ikebuchi, 2007).

Trénink sociálních funkcí může pak být užitečný nejen pro získání pracovního uplatnění a díky tomu určité soběstačnosti (Tsang & Pearson, 2001), ale i pro nalezení nových přátel, pro navázání blízkých sociálních vztahů a pro začlenění se do společnosti.

### **1.9. Premorbidní osobnost a sociální vztahy**

Malmberg a kolektiv (1998) se věnovali výzkumu premorbidní osobnosti u osob se schizofrenním onemocněním. Do svého výzkumného vzorku zařadili 50 054 švédských mužů, z nichž přibližně 0,4% bylo později diagnostikováno schizofrenií. Z tohoto výzkumu vyplynulo několik osobnostních charakteristik, které mohou poukazovat na pozdější rozvoj schizofrenie. Multivariabilní analýza potvrdila čtyři nejdůležitější charakteristiky premorbidní osobnosti – a to, že pacienti před rozvinutím schizofrenie mají méně než dva blízké kamarády, preferují malé sociální skupiny, mají pocit, že jsou senzitivnější než jiní lidé a nemají stabilní partnerský vztah. Tyto charakteristiky dle autorů poukazují na obtížnosti v udržování blízkých vztahů a to bez závislosti na IQ, místě bydliště či psychiatrické diagnóze v rodině (dědičná zátěž). Tyto „premorbidní abnormality“ se ukázaly jako neprůkazné při odhalování schizofrenie v raném stádiu a detekci zvýšeného rozvoje schizofrenie, neboť mnoho z vrstevníků vykazovalo podobné „abnormality“ (Malmberg et al., 1998).

Nicméně tento výzkum dokazuje, že problémy v sociální interakci a navazování partnerských vztahů se objevují ve zvýšené míře už v premorbidní osobnosti. Cannon (1999) prokázal v retrospektivní studii, že pacienti, u kterých se posléze rozvinula schizofrenie, měli už na základní škole zhoršené výsledky u neakademických předmětů, jako jsou pracovní činnosti a tělocvik. Je možné, že tento deficit již v mladším školním věku poukazuje na narušené motorické funkce a sociální přizpůsobení (Cannon et al., 1999).

Malá (2005) o premorbidní osobnosti v adolescenci píše: „U adolescentů je typické schizoidní odtažení – charakterizované denním sněním, neadekvátním vztahem k realitě, emočním ochuzením. Adolescent si drží svou distanci, je rezervovaný k dospělým, ale i vrstevníkům. Není emotivní, vnímavý k pocitům druhých, chybí mu empatie. Špatná emoční kontrola se projevuje zvýšenou dráždivostí, afektivní labilitou, konflikty s kamarády a problémy s učením. Mnoho dalších autorů popisuje přítomnost symptomů dva až dva a půl roku před vypuknutím psychózy...Premorbidní kognitivní poruchy a prodromální příznaky se však vyskytují jen u části schizofrenních nemocných“ (Malá, 2005, s. 59).

Jak vidíme, schizofrenie zasahuje sociální dovednosti a schopnost navazování sociálních vztahů už před vznikem první ataky. Premorbidní osobnost u schizofrenie je sice dostatečně popsána, nicméně současná znalost zatím nedovoluje primárně preventivně působit na mladé lidi a děti a odhalovat tak schizofrenii už před propuknutím první ataky. Zajímavé však je, že tyto rysy jsou především vidět v sociálních interakcích, vytvářejí málo přátelských a blízkých vztahů, často se izolují. Z toho je patrné, že schizofrenní pacienti nemají příliš rozvinuté sociální sítě, což vysvětluje, proč mají i málo zkušeností s partnerským životem už ve stádiu před vypuknutím choroby.

### **1.10. Průběh nemoci a prognóza**

Motlová (2004b) o počátku onemocnění píše: „Schizofrenie se poprvé manifestuje v pozdní adolescenci a časně dospělosti. Určit začátek onemocnění je těžké, protože schizofrenie většinou nezačíná psychotickými symptomy, ale spíše nespecifickými příznaky, jako je iritabilita, neklid a náladovost“ (Motlová, 2004a, s. 39). V roce 2010 bylo 97,7% pacientů diagnostikovaných schizofrenií v ČR starších 20 let, 2,1% pacientů bylo mezi 15-19 rokem, schizofrenie propuká před 15 rokem spíše výjimečně (0,1%) (ÚZIS, 2011).

Motlová (2004a) uvádí, že pro začátek onemocnění byly nejtypičtější negativní nebo nespecifické symptomy, pozitivními symptomy začínala schizofrenie jen u malého procenta nemocných, symptomy obou kategorií měla přibližně pětina zkoumaných jedinců, většina pacientů popisovala prodromální fázi před vznikem první ataky, pouze třetina pacientů vyšetřených během první epizody nemoci neměla prodromální fázi. Jako nejčastěji uváděné první symptomy uváděli pacienti neklid, depresi, úzkost, obtíže s přemýšlením a koncentrací, nedostatek sebevědomí a energie. Z toho je patrné, že již v začátku onemocnění – a to před první atakou – se vyskytují příznaky potenciálně spjaté s rizikem zhoršeného sociálního fungování, které jsou důležité pro pozdější průběh nemoci a kvalitu života (Motlová, 2004a), včetně života partnerského.

Po započetí onemocnění je prognóza u schizofrenie obecně horší než u ostatních psychóz. Průběh schizofrenního onemocnění se vzhledem k pokroku v psychofarmakologii a léčebných postupech mění. Jobe a Harrow (2010) uvádí, že akutní fáze nemoci se střídají s relativně stabilními obdobími. Zároveň třetina nemocných však vykazuje chronické symptomy. U více než poloviny nemocných se vyskytují střídavé epizody psychotických symptomů, mezi nimiž jsou období s relativním ústupem symptomů, ale s přetrvávajícími

některými funkčními defekty. Nakonec malá část lidí, u kterých se vyskytnou akutní symptomy schizofrenie, přetrvává následně po delší dobu bez psychotických symptomů i bez léčby psychofarmaky (Jobe & Harrow, 2010).

Procento vyléčených pacientů při dlouhodobém sledování kolísalo v řadě epidemiologických studií mezi 22-27%, neuspokojivý výsledek léčby byl zaznamenán u 24-42% sledovaných nemocných a k sociální úzdavě došlo u 39-69% nemocných (Bouček et al., 2006). Otázka vyléčitelnosti schizofrenie zůstává kontroverzní. U tohoto onemocnění, jak jsme uvedli, neznáme přesnou etiologii, proto nemůžeme ani danou nemoc vyléčit, nicméně lze kontrolovat příznaky, což při důsledné spolupráci pacienta a lékaře vede k větší či menší úzdavě.

Horší prognóza schizofrenie je spjatá s mužským pohlavím, časným nástupem nemoci (před 18. rokem), plíživým začátkem bez precipitujících okolností, zhoršenými kognitivními schopnostmi, delší dobu neléčenou psychózou a abúzem návykových látek, především marihuany. Schizothymní, schizoidní nebo paranoidní premorbidní osobnost jsou také spjaté s horší prognózou, stejně tak pokud pacient nebyl schopen zastávat pracovní a sociální role před nástupem nemoci, nežil v manželství nebo partnerství a v rodinné anamnéze se objevuje schizofrenie (Jobe & Harrow, 2010; Češková, 2007; Bouček et al., 2006).

Lepší prognóza se obecně uvádí u žen, se začátkem onemocnění v pozdním věku, s rychlým nástupem remise a s převahou pozitivních symptomů nad negativními (Motlová, 2004a). Dobrá prognóza se také objevuje u paranoidního a pravděpodobně i katatonního typu schizofrenie (Bouček et al., 2006).

Jako příznivý prognostický faktor se také uvádí premorbidní manželský život nebo alespoň stabilní partnerský vztah, lepší socioekonomické zázemí a dobré premorbidní sociální fungování (Češková, 2007; Bouček et al., 2006). Jak je vidět, téma partnerských vztahů je důležité i z hlediska prognózy nemoci. Vytvoření stabilních a širokých sociálních sítí může být nápomocné i v průběhu nemoci a při její léčbě.

Jako psychosociální rizikové faktory u schizofrenie se uvádějí stres, úzkostná osobnost, externí locus of control nebo rodina s vysokou mírou vyjadřování emocí, což vede k časté kritice nemocného a k hostilitě vůči němu (Jobe & Harrow, 2010).

Ukazuje se, že v rodinách, jejichž „komunikace se vyznačuje vysokou mírou vyjadřování emocí, pacient se schizofrenií onemocní s vyšší pravděpodobností než v rodinách s nízkou mírou vyjadřování emocí. Pojem „vyjadřování emocí“ se myslí situace, kdy lidé často vyjadřují své emoce vůči druhým lidem, např. na ně křičí nebo dělají nepřátelské poznámky. Výhodou této teorie je, že ji lze používat neobviňujícím způsobem.

Umožňuje výklad, že tento způsob komunikace mohl v rodině vzniknout jako pochopitelná reakce na vypuknutí schizofrenie. V časných fázích, kdy schizofrenii ještě nejde rozeznat, je člověk vnímán jako líný, bez zájmu o rodinu a stranící se práce. Tato teorie může rodině pomoci nejen situaci zvládnout, ale také udělat něco pozitivního pro její zlepšení“ (Cohen & Struková, 2002, s. 159). Rodinné vztahy a sociální vztahy jsou velmi důležitou hodnotou pro většinu lidí, natož pak pro ty, kteří trpí jakoukoli nemocí. Obzvláště u duševního onemocnění můžeme pozorovat velký vliv sociálních vztahů na průběh nemoci. Podpora rodičů, sourozenců, příbuzných, přátel nebo partnerů je klíčová pro průběh nemoci i včasné rozpoznání příznaků nemoci. „Člověk nemocný psychózou potřebuje (alespoň jednu) spolehlivou, čestnou a stabilní blízkou osobu, která mu pomáhá vytýčit jasné hranice pro přijatelné chování. To je důležité zejména pro lidi, kteří trpí představami, že jsou pronásledováni, a u kterých je postižena schopnost důvěřovat“ (Praško et al., 2005, s. 55).

Parks a kolegové (2006) uvádějí, že pacienti s vážnou duševní chorobou mají život přibližně o 12-25 let kratší v porovnání s běžnou populací. Až 60% úmrtí je způsobeno zdravotními problémy, jako jsou kardiovaskulární a plicní či infekční onemocnění. Suicidium a úmrtí způsobená úrazy tvoří až 40% úmrtí pacientů se schizofrenií (Parks, Svendsen, Singer, Foti, & Mauer, 2006). Autoři dále objasňují, že osoby vážně duševně nemocné jsou často vystaveny mnoha rizikovým faktorům, jako je kouření cigaret, konzumace alkoholu, špatná výživa, obezita, rizikové sexuální chování a užívání drog. Dále jsou tito pacienti více náchylní k bezdomovectví, traumatickým zážitkům, viktimizaci, chudobě, odsouzení k pobytu ve vězení i k sociální izolaci (Parks, Svendsen, Singer, Foti, & Mauer, 2006).

Schizofrenie je u většiny pacientů celoživotní onemocnění, jen malé procento osob, které onemocní, se zcela uzdraví (Jobe & Harrow, 2010). Existují však příznivé prognostické faktory, které vedou ke zmírnění ničivosti tohoto onemocnění. Mezi tyto patří mimo jiné i partnerský život a rozvinuté sociální sítě. I z tohoto hlediska je zapotřebí podporovat osoby trpící schizofrenií v navazování a udržování blízkých mezilidských vztahů.

### **1.11. Současná léčba schizofrenie**

V této kapitole shrneme, jak vypadá současná léčba schizofrenního onemocnění. Vzhledem k tomu, že předmětem této práce jsou partnerské vztahy, nebudeme se detailně zabývat psychofarmakologickou léčbou ani psychoterapií. Zaměříme se více na psychoedukaci a sociálně-psychologickou rehabilitaci.

Motlová (2004b) tvrdí, že schizofrenie je léčitelná nemoc, většina pacientů je však odkázána na dlouhodobou terapii. Přesto, že existují pacienti, kteří se po první schizofrenní atace zotaví a další ataku neprodělají, není možné je předem rozeznat. Terapie schizofrenie je komplexní, její součástí je vždy psychofarmakologická léčba, často doplněna o programy psychosociální intervence. Antipsychotika jsou určena k odstranění akutních psychotických příznaků a k prevenci relapsu. Psychofarmakologická léčba sice dokáže odstranit či zmírnit příznaky nemoci, avšak není v její moci upravit dlouhodobě neuspokojivou osobní, partnerskou, rodinnou či pracovní situaci, ve které se může klient nacházet. Tyto problémové situace pak mohou přispívat ke zvýšení stresu a propuknutí další schizofrenní ataky, případně i vést k opakovaným epizodám onemocnění. „Psychosociální intervence vycházejí z předpokladu o zhoršení průběhu nemoci vlivem stresu. Jejich cílem je pacienta „zocelit“, tzn. zvýšit práh odolnosti vůči stresorům (optimální farmakoterapií doplněnou tréninkem sociálních dovedností a rehabilitací kognitivních funkcí) a snížit intenzitu chronického stresu v bezprostředním okolí, především v rodině (rodinnou psychoedukací) a ve společnosti (edukačními intervencemi cílenými na odstranění stigma, podpůrnou záchrannou sociální sítí)“ (Motlová, 2004b, s. 299).

#### **1.11.1. Farmakoterapie**

Psychofarmakologická léčba je nedílnou součástí léčby schizofrenie. Je dobré začít s léčbou antipsychotiky (AP) co nejdříve. Čím dříve se nasadí farmakoterapeutická léčba, tím nižší je pravděpodobnost relapsů onemocnění, menší spotřeba léků a riziko sociálních následků duševního onemocnění (Bouček et al., 2006).

Češková popisuje, že „v 60. - 80. letech minulého století byl kladen v léčbě důraz na pozitivní příznaky, které dokázala klasická AP dobře ovlivnit. Devadesátá léta byla ve znamení nástupu AP II. generace, která dokázala kromě pozitivních příznaků také významněji ovlivnit negativní příznaky. V současné době se soustředíme hlavně na ovlivnění kognitivní dysfunkce, protože společně s negativními příznaky je rozhodující pro funkční prognózu a pro zařazení nemocného zpátky do života, nestačí jen minimalizace pozitivních příznaků“ (Češková, 2007, s. 35).

Antipsychotika první generace odstraňují pozitivní schizofrenní symptomy pomocí blokády receptorů v mezolimbickém a mezokortikálním systému. Jejich používání však limituje řada nežádoucích účinků, především „extrapyramidové syndromy, hyperprolaktinémie, nadměrná sedace, posturální hypotenze, pokles libida, poruchy erekce, hypobulie a apatie, zvýšení hmotnosti, suchost sliznic, poruchy akomodace, obstipace, retence moči, poruchy paměti a sinusová tachykardie, fotosenzitivita, cholestáza v játrech, alergie, snížení záchvatovitěho prahu s rizikem výskytu epileptických záchvatů a neuroleptický maligní syndrom“ (Motlová, 2004b, s. 302). Jak vidíme, nežádoucích účinků tohoto typu psychofarmak je skutečně mnoho. Některá způsobují vážné zdravotní potíže, jiné znepříjemňují život a zasahují do každodenních aktivit. Mnohé z těchto nežádoucích účinků také ztěžují sociální život a především život partnerský i sexuální (poruchy erekce, pokles libida, oblenění ejakulace, zřídka priapismus). Mezi AP I.generace patří např. Plegomazin, Tisercin, Fluanxol nebo Haloperidol (Češková, 2007).

Antipsychotika druhé generace (atypická) mají tu velkou výhodu, že působí jak proti pozitivním příznakům, tak jsou účinné v léčbě negativních symptomů a kognitivního deficitu a v prevenci relapsu. Mezi tato antipsychotika patří např. Clozapin, Zyprexa, Seroquel, Abilify, Leponex nebo Risperdal. Oba druhy antipsychotik jsou antagonisty dopaminových D<sub>2</sub> receptorů, atypická antipsychotika navíc působí i jako antagonisté 5-HT<sub>2A</sub> receptorů. Mohou působit i však na jiné neurotransmitorové systémy (Walker et al., 2004).

Atypická antipsychotika většinou nevedou k akutním extrapyramidovým syndromům, riziko rozvoje tardivních dyskinezi je nižší a jejich podání nevede ke klinicky významné elevaci prolaktinu. Obecně ale vedou antipsychotika druhé generace k většímu nárůstu hmotnosti než klasická antipsychotika, což mnohé pacienty trápí (Motlová, 2004b, s. 303-4).

U užívání tohoto typu antipsychotik se mohou vyskytovat metabolické vedlejší účinky, které se popisují v rámci metabolického syndromu. „Metabolický syndrom je definován jako soubor klinických a laboratorních abnormalit včetně abdominální obesity, inzulínové rezistence, hypertenze, nízké hladiny vysocedenzitního lipoproteinu cholesterolu a vysokých hladin triacylglycerolů. Výskyt metabolického syndromu u nemocných se schizofrenní poruchou je podle současných epidemiologických studií přinejmenším 2x vyšší než ve věkově shodné populaci“ (Češková, 2007, s. 53).

Výběr vhodných léků je náročný a vzhledem k těmto nežádoucím účinkům je potřeba pravidelné klinické a laboratorní sledování. Důležitá je prevence, která spočívá ve správné volbě antipsychotik, akceptování preferencí nemocného i jeho rodiny. Vždy je doporučována proaktivní intervence, jako je dieta, cvičení a hlídání hmotnosti.

Vzhledem k nižšímu počtu nežádoucích účinků jsou dnes AP II. generace považována za léky první volby (Češková, 2007). Obezita či navýšení hmotnosti je často obtěžující pro pacienty, rovněž komplikuje partnerský a sexuální život, především proces navazování nových vztahů.

### **1.11.2. Psychosociální intervence**

Kromě medikace se při léčbě schizofrenie používají i různé formy psychosociální léčby. Psychofarmaka sice eliminují většinu symptomů, některé však přetrvávají. Psychosociální intervence mohou především pomoci v sociálním fungování a zvýšení kvality života schizofrenních pacientů. Psychosociální intervence je sice často považována za podpůrnou, nicméně může vést k podobným výsledkům jako psychofarmakologická léčba a může být někdy i z hlediska nákladů efektivnější (Patterson & Leeuwenkamp, 2008). Hraje tedy při léčbě schizofrenie spíše komplementární než vedlejší roli. Psychosociální intervence probíhají v systému komunitní péče, uplatňuje se v nich individuální i skupinová psychoterapie individuální i rodinná psychoedukace, rehabilitační postupy – nácvik sociálních dovedností, kognitivní remediace a pracovní rehabilitace. Ideální je průběžné zapojení rodiny, která může pomoci ve schopnosti včas rozpoznávat časné varovné příznaky.

### **1.11.3. Psychoterapie**

Individuální i skupinová psychoterapie je nedílnou součástí léčby schizofrenie, vzhledem k rozsáhlému okruhu problémů, kterým pacienti musí čelit, obtíže v mezilidské komunikaci, deprese a potřeba vyrovnat se s mnohdy přetrvávajícími a velmi stresujícími psychotickými symptomy. Kromě individuální a rodinné psychoedukace, tréninku sociálních dovedností a kognitivních funkcí, o kterých bude řeč v následujících kapitolách, doplňuje rejstřík terapeutických dovedností psychoterapie. Celosvětově nejčastěji používaná psychoterapie psychóz je kognitivně-behaviorální terapie (Tschacher, 2006), proto se dále budeme věnovat tomuto typu psychoterapie.

Při kognitivně behaviorální terapii (KBT) se snaží terapeut navázat s nemocným terapeutický vztah a přivést ho k racionálnímu přístupu k onemocnění. Kognitivně behaviorální terapeut se snaží analyzovat maladaptivní vzorce hodnocení a chování, vysvětlit, jak tyto vzorce vznikly a co je udržuje, v průběhu terapie je pomáhá pacientovi změnit na adaptivnější strategie (Praško podle Höschl, Libiger, & Švestka, 2002). Osoby se schizofrenií se v rámci terapie také učí, jak s těmito příznaky nakládat, tj. terapeut



se snaží nemocnému nabídnout metody zvládání symptomů (Patterson & Leeuwenkamp, 2008). Pacienti se tedy učí, jak rozpoznat počáteční symptomy nastupujícího relapsu onemocnění, osvojují si techniky na redukci stresu, učí se strategie zvládání nemoci („copingové strategie“). KBT dále zahrnuje kognitivní restrukturalizaci, která dopomáhá ve vypořádávání se se symptomy nemoci (Bellack, 2004a).

KBT může probíhat jak individuálně, tak skupinově. Ukazuje se, že KBT snižuje pozitivní i negativní příznaky schizofrenie. Určitá forma kognitivně-behaviorální terapie může také zvyšovat adherenci k medikamentózní léčbě. Důkazy pro úspěšnost KBT u dalších faktorů onemocnění buď chybí, nebo nejsou jednoznačné. Není také zcela jasné, zda pomáhá KBT ve všech stádiích onemocnění (Dixon et al., 2010; Patterson & Leeuwenkamp, 2008), vyšší účinnost vykazuje v průběhu akutní fáze onemocnění (Zimmermann, Favrod, Trieu, & Pomini, 2005). Existuje řada faktorů, které mohou limitovat efekt KBT, například se ukázalo, že nízký náhled (insight) predikuje horší úspěšnost terapie (Perivoliotis, Grant, & Beck, 2009).

#### **1.11.4. Trénink sociálních dovedností**

Trénink sociálních dovedností (TSD) je jedna z nejstarších a nejprobádanějších metod psychosociální rehabilitace, zároveň je to jedna z nejčastěji používaných metod. Sociální dovednosti slouží k řešení mezilidských problémů všedního dne. „Jejich verbální (obsah sdělovaného, intonace a dynamika hlasu) a nonverbální (oční kontakt, gestikulace) komponenty tvoří ustálenou škálu chování a projevů. Společenské interakce, které vyžadují složité paralelní zpracování mnoha informací, mohou pro jedince se schizofrenií představovat zátěž“ (Motlová, 2004b, s. 332).

TSD zahrnuje systematický nácvik sociálních dovedností, sociální percepce a sociální kognice. K tomu slouží metody hraní rolí, pozitivního zpevnování, modelování, korektivní zpětné vazby, nacvičování, domácí úkoly a instrukce. Obecně jde o rozložení složitějšího procesu na jeho části a nácvik těchto jednodušších procesů (Addington, Piskulic, & Marshall, 2010; Hooley, 2010; Mueser & Bellack, 2007). „Schopnost bezproblémově interagovat v sociálním poli předpokládá intaktní kognitivní funkce. Odrazem jejich poruch u schizofrenie jsou problémy v psychosociálním fungování i v mezilidských interakcích. Předpoklad, že zlepšení kognitivních funkcílepší osobní a sociální fungování, vedl k tvorbě různých tréninkových programů“ (Motlová, 2004b, s. 333). TSD má pozitivní vliv na získávání sociálních dovedností, asertivitu, ale také na obecné symptomy schizofrenie. Může mít také dopad na běžné fungování v přirozených podmínkách a i snižovat

pravděpodobnost relapsu (Addington et al., 2010; Patterson & Leeuwenkamp, 2008). V Praze nabízí nácvik sociálních dovedností např. sdružení Baobab nebo Eset-Help.

#### **1.11.5. Kognitivní remediace**

Na kognitivní příznaky schizofrenie je zaměřena kognitivní remediace. Základním předpokladem úspěšné rehabilitace kognitivních funkcí je rozčlenění složitých úloh a problémů na problémy dílčí. Kognitivní remediace se snaží o zlepšení těchto příznaků dvěma způsoby. Prvním z nich je trénink kognitivních dovedností pomocí různých úkolů. Druhým je instrukce a nácvik strategií kompenzace kognitivních nedostatků.

„Příkladem komplexního programu, který kombinuje rehabilitaci základní kognice (paměť, pozornost, exekutivní složky) a kognice sociální, je Brennerův Integrovaný terapeutický program pro schizofrenní pacienty IPT. IPT sestává z pěti hierarchicky uspořádaných modulů a didakticky se postupuje od nejjednodušších po nejtěžší. Pacienti trénují postupně kognitivní rozlišení, poté sociální percepci, verbální komunikaci, sociální dovednosti a nakonec řešení problémů. Trénink probíhá ve skupinách tak, aby si účastníci mohli navzájem pomáhat, trénovat interakce a povzbuzovat se při úspěších. Z obsahu programu je zjevné, že nelze od sebe oddělovat nácvik kognitivních funkcí a trénink sociálních dovedností; jde o dvě strany jedné mince“ (Motlová, 2004b, s. 333).

Protože jsou kognitivní příznaky schizofrenie spjaty s fungováním nemocného, je jeden z argumentů pro kognitivní remediaci možný pozitivní dopad zlepšení kognitivních příznaků na fungování v běžném životě. Nicméně přestože je nalézáno zlepšení cílových kognitivních funkcí, důkazy pro generalizaci tohoto zlepšení jsou zatím nedostatečné. (Addington et al., 2010; Dixon et al., 2010; Patterson & Leeuwenkamp, 2008). Nicméně existuje několik významných programů, které se tyto mezery ve znalostech snaží zaplnit (Geyer, 2010). Určité formy kognitivní remediace nabízí v Praze občanská sdružení Green Doors, Baobab či Psychiatrické centrum Praha.

#### **1.11.6. Individuální a rodinná psychoedukace**

Individuální i rodinná psychoedukace jsou nedílnou součástí léčby schizofrenie. Lidé s onemocněním tak závažným duševním onemocněním mají nepopíratelné právo na informace o povaze nemoci a možnostech léčby. Odborníci na duševní zdraví by měli být schopni předat informace srozumitelnou formou svým pacientům. Jedná se především o informování o povaze nemoci, jejím průběhu, nutnosti medikace, efektech psychofarmakologické léčby,

včetně nežádoucích účinků a prognóze onemocnění. Tato edukace má příznivý vliv na průběh onemocnění.

Především informace o lécích mohou přispět k pochopení jejich významu při dlouhodobé terapii a motivovat pacienta k jejich užívání. Malé motivaci užívat léky odpovídá vysoká neochota spolupracovat v léčbě (noncompliance), která se zjišťuje u 40% pacientů v prvním roce léčby a u 75% do dvou let (Perkins, 2002 podle Motlová, 2004b).

Jak jsme již uvedli, rodinné prostředí je často zdrojem stresu, který může zhoršovat průběh nemoci. Proto je důležité působit psychosociální intervencí na pacienty i jejich rodiny, pokud společně udržují kontakt. Tyto intervence jsou zacíleny na edukaci rodiny, krizovou intervenci, emoční podporu a řešení problémů. Cílem je zajistit pacientovi bezpečné, předvídatelné a klidné prostředí (Motlová, 2004b).

Dalším cílem je zvýšení adherence k medikamentózní léčbě, snížení stresu vyplývajícího z rodinného prostředí, ale také zmírnění psychosociálních dopadů onemocnění na rodinu. Ukazuje se, že rodinné intervence mohou snížit pravděpodobnost relapsu, zvýšit adherenci k brání léků, zmírnit zátěž plynoucí z onemocnění pro pacienta i rodinu a pravděpodobně mohou mít i kladný vliv na pozitivní příznaky schizofrenie (Addington et al., 2010; Dixon et al., 2010; Patterson & Leeuwenkamp, 2008).

Rodinná psychoedukace je zaměřena na celou rodinu nemocného či na jeho blízké osoby. Motlová (2004b) o rodinné intervenci píše: „Přířem rodinné psychoedukace je dodání informací pacientům a jejich blízkým. Jejich důležitost lze ilustrovat na příkladu negativních schizofrenních příznaků, které bývají velmi často zdrojem velkého rodinného napětí. Apatie a nedostatečná iniciativa imponují leckdy jako lenost či nezám. Příbuzní tyto projevy z neznalosti neidentifikují jako chorobné – na rozdíl od zjevně „nenormálních“ bludů a halucinací – a obviňují pacienty z nedostatku snahy a ztráty vůle...Zlepšení komunikace v rodině je další důležitá součást. Identifikují se klíčové momenty rodinné komunikace – hostilita, nadměrná kritičnost, vměšování se do záležitostí druhého a malá míra vřelosti, které predikují možný relaps. Účastníci se učí méně rizikové komunikaci, například jak kritizovat konstruktivně a jak chválit“ (Motlová, 2004b, s. 325-326).

#### **1.11.7. Podporované zaměstnání**

Schizofrenie se začíná projevovat v době, která je mimo jiné důležitá pro rozvoj pracovních dovedností a návyků. Schizofrenní onemocnění znevýhodňuje pacienty i na trhu práce. Podporované zaměstnání se snaží tuto situaci pacientům usnadnit asistencí při hledání zaměstnání, pomocí rozvoje pracovních dovedností, psychosociální podporou v zaměstnání

apod. Ukazuje se, že vyšší integrace zdravotních služeb s pracovními službami vede k lepšímu výsledku intervence (Dixon et al., 2010).

Výhodou zaměstnání s podporou je, že klienti nemusí nejprve „trénovat na práci“, ale nejprve získají zaměstnání a posléze až „trénují“, jak si ho udržet. Tento typ zaměstnání s podporou vedl k nižší frekvenci hospitalizací, nižšímu abúzu návykových látek, především alkoholu, lepší adherenci v léčbě, lepšímu výkonu rodinných rolí, zlepšovat sebevědomí a vedl k vyšší sociální aktivitě (Bond, 1992 podle Motlová, 2004b).

Získání práce je pro klienty také příležitostí, kde se mohou potkávat s novými lidmi, učit se sociální komunikaci a trénovat různé sociální dovednosti v chráněném prostředí. Pracovní příležitost se stává i příležitostí k navázání partnerských vztahů, neboť pracovní prostředí je jedním z nejčastějších míst, kde mladí lidé nachází své partnery (Katrňák, Lechnerová, Pakosta, & Fučík, 2010). Schizofreničtí pacienti jsou dvakrát častěji nezaměstnaní než zdravá populace (MacCabe, Koupil, & Leon, 2009).

Ukazuje se, že pacienti, kteří mají zaměstnání, mají také více sociálních kontaktů než pacienti, kteří jsou nezaměstnaní. I z tohoto důvodu má velký smysl podporovat pacienty v zaměstnání, neboť mimo pracovního uplatnění získají i příležitost pro seznámení se s novými lidmi a rozšíření sociálního pole. Pacienti jsou často podporováni v zaměstnání a to především v tzv. chráněném prostředí. Chráněná zaměstnání umožňují pacientům nejen udržování rutiny, pravidelného režimu, ale také možnost navazovat a udržovat sociální kontakty, což je velmi žádoucí v procesu léčby a resocializace.

Přes pozitiva podporovaného zaměstnání neexistují jednoznačné důkazy pro to, že podporované zaměstnání vede k dlouhodobému udržení zaměstnání a ekonomické nezávislosti (Dixon et al., 2010). V ČR existují různé formy podpory zaměstnání od chráněných dílen, přes přechodné zaměstnání po tzv. podporované zaměstnání. Všechny jsou svojí podstatou podobné podporovanému zaměstnání, které je popsáno v této části. Podporované zaměstnání v Praze nabízí např. sdružení Green Doors a Eset-Help či organizace Fokus Praha.

#### **1.11.8. Podporovaná bydlení**

Pro mladé lidi se schizofrenií vyvstává otázka, jak si zařídit samostatné bydlení. Osamostatnění se od rodiny může mít velký vliv na průběh nemoci, zvláště v případě, že primární rodina neplní svou funkci, nezajišťuje bezpečí a tak může i ohrožovat zdravotní stav dcery/syna se schizofrenií. Pro mladé osoby je důležité zažít si pocit, že zvládají bydlet sami, že se umí o sebe postarat a žít svůj život. U pacientů se schizofrenií je otázka bydlení

klíčová, a proto se vytvořil systém chráněného a podporovaného bydlení, která mají zajistit cenově dostupné a důstojné ubytování. Motlová (2004b) upřesňuje „V současnosti je preferován model, v němž dochází ke spolupráci mezi provozovateli „normálního“ bydlení a osobními asistenty, kteří pomohou pacientovi nalézt bydlení odpovídající jeho potřebám a požadavkům“ (Motlová, 2004b, s. 335).

Hansson a kolegové (2002) vysvětlují, že lidé se schizofrenií, kteří mají samostatné bydlení, vykazují vyšší kvalitu života než pacienti, kteří sami nebydlí. Samostatně bydlící pacienti pak vnímají vyšší nezávislost, více soukromí a vlivu na svůj zdravotní stav. Kvalita sociálních vztahů byla rovněž lepší u lidí, kteří bydleli sami (Hansson et al., 2002). Cílem je získat a posílit důvěru ve vlastní samostatnost, naučit se a upevnit základní dovednosti spojené s každodenní péčí o sebe i domácnost a v neposlední řadě vede k tomu, aby klient zvládal různé sociální situace a naučil se komunikovat. Chráněná bydlení poskytuje v Praze např. BONA o.p.s., ESET-HELP nebo Fokus Praha.

#### **1.11.9. Další intervence**

Jak je vidět, intervencí, které jsou nabízeny pacientům se schizofrenií, je mnoho. Obvykle většina pacientů dochází k psychiatrovi, psychologovi, na psychoterapii. Komunitní služby nabízí další možnosti, jako jsou denní stacionáře, kde mají klienti možnost navštěvovat nejrůznější aktivity (výuka cizích jazyků, práce s počítačem, výlety, společenské akce, kluby, sportovní, výtvarné aktivity atd.) (Valentová, 2008).

Další potřebnou službou je case management. Tato služba spočívá v tom, že klient má jednoho klíčového pracovníka, který mu pomáhá zorientovat se ve službách, jaké jsou v nabídce pro léčbu schizofrenie. „Jeho úkolem je to, aby klient využíval ze systému dostupně komunitní péče pro něj vhodné prvky a jednotlivé organizace a pracovníci zajišťující tuto péči navzájem spolupracovali a informovali se. Má zajistit, aby péče nebyla chaotická, bez řádu a smyslu a klient systém sociální péče nezneužíval“ (Valentová, 2008, s. 135).

Další intervence pro psychotické pacienty se zaměřují na specifické problémy, ať už způsobené vedlejšími efekty psychofarmakologické léčby schizofrenie nebo nemocí samotnou.

Jak jsme již uvedli v kapitole 1.11.1. Farmakoterapie, některé vedlejší účinky antipsychotik mohou způsobit přibírání na váze či obezitu. Přirozeně je nárůst hmotnosti spjatý s různými zdravotními problémy a riziky a rovněž se snížením pocitu osobní pohody u pacientů. Na snížení váhy existují psychosociální intervence, které jsou založeny

na edukaci, motivační podpoře, kladení cílů, sledování váhy a změně stravovacích a pohybových návyků. Udržování zdravého životního stylu je pro pacienty se schizofrenií obzvláště důležité, neboť schizofrenie je spjatá se zvýšeným výskytem somatických onemocnění. Celosvětově k nim patří infekce virem HIV, hepatitis, osteoporóza, sexuální dysfunkce, střevní potíže (zácpa), zvýšená citlivost pro bolest, kardiovaskulární onemocnění, již zmíněná obezita a nadváha, diabetes, problémy s chrupem a polydipsie (Leucht, Burkard, Henderson, Maj, & Sartorius, 2007).

„Příčin je celá řada. Úzkost a napětí vedou k přejídání, někdy i nadměrné konzumaci alkoholu. Kvůli zhoršené motivaci se člověk nepřinutí cvičit. Na poruchu pozornosti a soustředění někdy „zabírá“ kouření nikotinových cigaret. Problémem je i zvýšená chuť k jídlu jako vedlejší účinek některých antipsychotik. První radou, kterou lékař poskytuje nemocným s obezitou, cukrovkou či nemocemi oběhového systému, je „žijte zdravě“. A protože rčení „v zdravém těle zdravý duch“ platí u psychóz dvojnásob, je důležité zdravý životní styl pěstovat“ (Zdravý, 2010).

Dixon a kolegové (2010) uvádí, že intervence zabývající se redukcí váhy, vykazují pozitivní výsledky, ale zatím není prokázáno, zda vedou jen k redukcí váhy dočasné či trvalé. Z tohoto důvodu je snaha aplikovat taktéž programy zaměřené na redukcí váhy. Existují studie, které podporují účinnost těchto programů (Dixon et al., 2010). V Praze se intervencím zaměřeným na snížení hmotnosti věnuje např. sdružení Baobab nebo různá centra v rámci Programu pro dobré zdraví ([www.ppdz.cz](http://www.ppdz.cz)).

Kromě výše zmíněných intervencí existuje možnost tyto intervence kombinovat. Takovéto tzv. integrované psychosociální terapie mají za cíl využít předností různých intervencí k dosažení lepšího výsledků u širšího spektra příznaků onemocnění. Příkladem je integrovaná psychologická terapie, která se sestává z kognitivně behaviorální terapie, kognitivní remediace a psychosociální rehabilitace.

Ve výzkumu hodnotícím tuto formu intervence byl nalezen její dlouhodobý vliv na kognitivní příznaky, pozitivní i negativní příznaky a psychosociální fungování nemocného (Patterson & Leeuwenkamp, 2008).

Zvláštní formou intervence, která integruje terapeutické postupy, je pak pobyt v terapeutické komunitě. Pokud je nám známo, v ČR dosud existuje pouze jedna terapeutická komunita určená pro osoby se schizofrenií a to „Terapeutická komunita Mýto“ zřizovaná Českou asociací pro psychické zdraví. Program terapeutické komunity krátce popíšeme. „V objektu bývalé fary v Mýtě nabízí terapeutická komunita společný prostor a čas až dvanácti mužům a ženám, kteří se dlouhodobě potýkají s duševním onemocněním,

zejména schizofrenií. Spolu s týmem rehabilitačních pracovníků tvoří komunitu - společenství, které umožňuje učit se samostatnosti, komunikaci a pracovním návykům v chráněném prostředí. Během ročního pobytu má klient zajištěnu i psychiatrickou péči, důraz je však kladen na pracovní a sociální rehabilitaci. Pobyt v komunitě se postupně obnovují zdánlivě samozřejmé osobní a pracovní návyky (vstát ráno z postele, zvládnout osobní hygienu, zapojit se do chodu domácnosti, atd.), což jsou nezbytné předpoklady pro obnovu dalších důležitých sociálních dovedností. Klient se znovu učí fungovat v pracovních i osobních vztazích a připravuje se tak k pozvolnému začlenění do tzv. normální společnosti (Terapeutická, 2011).

Terapeutická komunita se tak stává určitým „mostem“ mezi léčebnými zařízeními a běžným životem mladých lidí. Slouží pak k nácviku péče o sebe i o druhé, k tréninku sociálních dovedností, tolerance i pracovních návyků.

Určité psychosociální intervence nemusí být zaměřené přímo na nemocného, ale mohou se snažit redukovat stigma, které je s onemocněním spjaté. Jednou z cest, kterou se snaží jít edukační programy, je snaha přesvědčit populaci, že schizofrenie je nemoc, jako každá jiná. Redukce stigmatu by se mohla projevit ve zvýšení pracovních příležitostí pro schizofrenní pacienty, stejně jako v možnosti rozšíření si sociálních sítí a navázání nových interpersonálních vztahů. Pro pacienty se schizofrenií je důležité být v kontaktu s lidmi zdravými, kteří je mohou obohatovat o zdravý náhled na život. Lze předpokládat, že pacienti, kteří se uzavírají pouze ve světě duševně nemocných lidí, mají pozornost úzce zaměřenou pouze na nemoc, což není příliš podpůrné v léčbě. Snaha o zmírnění celospolečenského stigmatu je často spjatá s prosazováním biologické etiologie onemocnění.

Read a kolegové (2006) uvádějí, že v souladu s cíli těchto edukačních programů, roste množství lidí nahlízejících na schizofrenii jako na onemocnění mozku. Nicméně se také zjišťuje, že přesvědčení o biologické etiologii onemocnění je spjata s negativnějším pohledem na nemocné než přesvědčení o psychologické etiologii. Edukační programy, které se snaží prosadit, že schizofrenie je nemoc jako každá jiná, tak mohou mít paradoxně negativní dopad na postoje vůči osobám se schizofrenií a zvyšovat jejich stigmatizaci a předsudky vůči nim. „Duševní nemoc či porucha“ v biogenetickém pojetí vyvolává pocit, že jde o osoby nebezpečné s nepředvídatelným chováním (Read, Haslam, Sayce, & Davies, 2006).

Psychosociální intervence přímo zaměřené na problematiku partnerských vztahů a sexuality uvádíme v kapitole 3.4. Intervence v oblasti partnerských vztahů a sexuality.

## 1.12. Kvalita života a stigmatizace

Jak jsme již uvedli, schizofrenie je závažné onemocnění, které zasahuje do mnoha oblastí osobního i sociálního života. Kvalita života pacientů je často předmětem mnoha výzkumů. Je to ukazatel, který je určený k posuzování postavení individua na škále zdraví – nemoc. „Ukázalo se totiž, že k vystižení komplexní charakteristiky zdravotního stavu jedince již nepostačují dříve užívané postupy, vycházející ze stanovení diagnózy eventuální nemoci, doby dožití, resp. tzv. střední délky života, ale že je třeba identifikovat a zhodnotit i psychické, sociální a behaviorální determinanty lidského života, vztahující se ke zdraví. V praxi se většinou toto zaměření postupů zjišťujících kvalitu života týkalo především subjektivního vyjádření míry narušení obvyklých životních podmínek v důsledku určité (nejčastěji somatické) choroby“ (Kebza, 2005, s. 57).

Kvalitu života můžeme posuzovat objektivními a subjektivními kritérii. Do první skupiny patří zejména to, čemu říkáme životní úroveň. Patří sem např. finanční příjem, materiální zabezpečení, počet let vzdělání, zaměstnání, sociální postavení atd. Jako subjektivní kritéria považujeme výpovědi konkrétních osob o spokojenosti s objektivními faktory, například spokojenost s partnerským životem (Motlová, 2004c).

„Při interpretaci výsledných hodnot kvality života je třeba si uvědomit nejen schopnost lidské psychiky přizpůsobit se vnějším i vnitřním podmínkám, ale také relativní povahu spokojenosti. Jedinec je spokojen nebo nespokojen podle toho, jak vnímá své postavení vůči referenční skupině tvořené osobami sdílejícími podobné životní podmínky. A tak nepřekvapí, když pacienti hospitalizovaní déle než dva roky byli významně spokojenější než pacienti hospitalizovaní méně než tři měsíce, jelikož se porovnávali navzájem se svými hospitalizovanými kolegy“ (Motlová, 2004c, s. 348-349).

Schizofrenie je komplexní onemocnění, které na jedné straně ovlivňuje myšlení, řeč, kognitivní funkce, sociální dovednosti, paměť, mezilidskou komunikaci a další oblasti lidského života. Na straně druhé vede toto duševní onemocnění k veřejnému stigma a k self-stigma, které často znemožňuje naplnění životních cílů (Corrigan, Larson, & Kuwabara, 2010).

Stigma duševní nemoci je označení pro ty vlastnosti, které nápadně odlišují psychiatrické pacienty od ostatních lidí. Je založeno na stereotypu duševně nemocného a jeho zdrojem jsou obavy lidí z duševních onemocnění. Stigma vede k diskriminaci a k izolaci duševně nemocných. Vytváří pokřivený obraz psychiatrických pacientů i duševní nemoci a snižuje naději na jejich rehabilitaci (Libiger, 2001).



Osoby, které trpí touto nemocí, mohou být stigmatizováni a diskriminováni - a to neznámými osobami z jejich okolí i sousedy. Dále mohou zažívat stigmatizaci ze stran terapeutů, pracovníků v oblasti duševního zdraví, od svých rodin a pečujících osob a také se objevuje self-stigma, projevující se nedostatečným sebevědomím a očekáváními spojenými se stigmatem (Kingdon & Turkington, 2005).

Kingdon a Turkington (2005) dále uvádějí, že „na psychózy a zejména na schizofrenii bylo zvykem pohlížet jako na stav „odlišný, „jiný“ oproti ostatním, a to jak na fyzické, tak na psychické úrovni. Velké množství stresu a omezení, které psychotici zažívají, je přičítáno právě tomuto fenoménu. Může to být jedním z důvodů, proč se má za to, že lidé se schizofrenií mají v dnešním „vyspělém světě“ horší prognózu než lidé s ostatními poruchami. Mnoho tohoto strachu a obav souvisí s tím, že porozumění lidem s těmito problémy je obvykle obtížné, koneckonců, bludy mohou zamlžit komunikaci a vnést do ní zmatek, takže leccos z toho, co tito lidé říkají, pak „nějak nedává smysl“. Lidé se schizofrenií proto mohou jednat nepředvídatelně a vyvolávat v okolí strach, že jejich jednání se může obrátit v jednání agresivní – což je strach prohlubovaný sdělovacími prostředky“ (Kingdon & Turkington, 2005).

Stigmatizace je pro pacienty zátěží. Stres spojený se stigmatem může zhoršovat průběh nemoci schizofrenie a zároveň negativně ovlivňovat i příznivé faktory v léčbě (odcizení od rodiny, nedostatek přátel apod.). Výsledkem může být nízké sebevědomí, omezená sociální síť i ztráta příjmu. Dlouhodobé kampaně na redukci stigmatu by měli v této problematice pomoci, měli by bojovat proti stigmatizaci a zároveň se zaměřovat i na komunikaci s duševně nemocnými (Bankovská Motlová & Španiel, 2011). Pochopitelně stigma zasahuje i do partnerských vztahů, nejčastěji způsobuje to, že osoby duševně nemocné nemohou najít partnery, kteří by neměli strach.

Stigma vyvolává i samotný název schizofrenie, proto je otázkou, zda bude zachován v připravovaných revizích diagnostických manuálů, jako je MKN-11 a americká DSM V. Nově je navrhován termín v angličtině znějící jako „salience syndrome“, který lze vysvětlit, jako poruchu připisování významnosti podnětů (van Os, 2009). Termín schizofrenie je spjat s kriminalitou jedinců, například v Japonsku tento termín nahradili jiným a nově vzniklé označení již s kriminalitou a agresí bývá spojováno méně často (Bankovská Motlová & Španiel, 2011).

## **2. Partnerské vztahy u mladých lidí**

V této kapitole načrtne, jak vypadají partnerské vztahy mladých zdravých lidí. Tato problematika je součástí této diplomové práce z toho důvodu, abychom porozuměli rozdílu mezi zdravou populací mladých lidí a mladých pacientů se schizofrenií. Budeme se tedy zabývat především procesem seznamování, sexualitou, ideální představou vztahu, výběrem partnera a dalšími charakteristikami partnerství. V tuto chvíli není naším záměrem porozumět všem psychologickým motivům navazování partnerských vztahů, ani nechceme popsat celou složitou problematiku partnerství u mladých lidí. Proto se v této kapitole z velké části inspirujeme sociologickými výzkumy Katrňáka a jeho kolegů (2010), které se věnovaly tématu partnerských vztahů současné mladé generace v České republice a nabízí nám souhrn toho, jak vypadá partnerství a preference u mladých mužů a žen.

Tento publikovaný výzkum (Katrňák, Lechnerová, Pakosta, & Fučík, 2010) nám nabízí nejnovější data z panelového výzkumu, v němž byla zkoumána kohorta obyvatel narozená v letech 1991 až 1993 (15-17 let, sběr z r. 2008) a 1981 až 1983 (25-27 let). Především data získaná od starší kohorty nás zajímají, neboť se v této práci zabýváme mladými lidmi se schizofrenním onemocněním této věkové skupiny a tato data nám mohou sloužit k porovnání se skupinou zdravých mladých lidí.

### **2.1. Období mladé dospělosti a partnerské vztahy**

Mladá dospělost se obvykle datuje mezi 20 a 35. rokem. Za nejvýznamnější psychické znaky dospělosti lze považovat „samostatnost, relativní svobodou vlastního rozhodování a chování, spojenou se zodpovědností ve vztahu k druhým lidem, se zodpovědností za svá rozhodnutí i činy (Vágnerová, 2000, s. 301). Dospělost je dle Vágnerové (2000) charakterizována změnou v mnoha oblastech. Dospělý přestává být závislý na své primární rodině, osamostatňuje se, přijímá nové role, vyjasňuje si vztah k hodnotám a normám prezentovaným různými skupinami. Dospělý člověk je schopný zvládnout párové soužití, které je spojeno s nutností akceptovat i potřeby svého partnera a harmonizovat je s vlastními. Dospělost je dobou sexuální zralosti, v této fázi je sexualita jedním z nejdůležitějších aspektů partnerského vztahu. Dospělost je rovněž definována ekonomickou samostatností (Vágnerová, 2000).

Jak uvádí dále Vágnerová (2000), dosažení dospělosti, které v naší kultuře není charakterizováno specifickým životním mezníkem, signalizuje jej ochota přijmout

a schopnost zvládnout určité vývojové úkoly - jako je profesní role, stabilní partnerství a rodičovství. Dospělost je spojována se samostatností a nezávislostí, která je chápána jako výhoda. Člověk si sám volí svůj životní styl a své sociální role. Pro období dospělosti je typická svobodná volba přátelských a partnerských vztahů, které by uspokojovaly potřebu citového zázemí a některé z nich i potřebu sexu. Rovněž biologické, pudové potřeby působí ve prospěch určité alternativy partnerství a zvyšují pravděpodobnost zplození potomstva (Vágnerová, 2000).

Sociální vztahy nám také pomáhají ve vytváření vlastní identity. Především období mladé dospělosti už je již dle tradičního Eriksonova pojetí obdobím, kdy si jedinec vytváří představy o sobě ve vztahu k druhým lidem a konstruuje si interpersonální vztahy. Eriksonova (1999, 2002 podle Vaníčková, 2007) koncepce popisuje osm stádií psychosexuálního vývoje člověka. Podle Eriksona končí dětství nástupem puberty a začíná mládí, jehož hlavní úkol je boj mezi nalezením identity a zmatením rolí. Toto období znamená stav moratoria mezi dětstvím a dospělostí. Následující období pak představuje budování intimity s ostatními lidmi, vztah se sebou a s druhým pohlavím, skutečné rozvinutí sexuality. Nezvládnutí tohoto úkolu, kdy se člověk bojí vstoupit do spojení s druhým člověkem, vede k izolaci až uzavření se člověka do sebe. Zralá dospělost pak vychází z mladé dospělosti, která závisí na postadolescentní intimitě (Erikson, 1999, 2002 podle Vaníčková, 2007).

Mladí lidé se nechtějí vázat a zažívat spojení dvou identit, protože si svou vlastní identitou nejsou jisti. Roste tak strach ze ztráty ega, svobody a volnosti. Hledání sebe sama tak pokračuje hluboko do mladé dospělosti a skutečně až po vybudování stabilní identity je člověk schopen hluboké a vzájemné intimity s druhým člověkem, je připraven vychovávat děti a začlenit se do společnosti (Vaníčková, 2007).

Člověk je sociální tvor ze své biologické podstaty. Potřeba afiliace, blízkých vztahů je jednou ze základních lidských potřeb. „Lidské bytosti jsou ze své podstaty stále motivovány potřebou patřit k někomu, objevuje se u nich silná touha vytvářet a udržovat trvalé mezilidské vztahy. Lidé vyhledávají dlouhotrvající sociální vztahy, které budou pečující a budou mít pozitivní emoční náboj (Baumeister & Leary, 1995, s. 522).

Baumeister a Leary (1995) předkládají hypotézu sounáležitosti (belongingness hypothesis), která říká, že potřeba afiliace je základní biologickou potřebou. Lidé mají neutichající pud (drive), který vede k vytváření a udržování alespoň minimálního počtu trvajících, pozitivních, signifikantních mezilidských vztahů. Aby byl tento pud uspokojen, je potřeba dvou kritérií – zaprvé uspokojení potřeby mít časté, emočně pozitivní vztahy

s několika osobami a zadruhé musí být tyto vztahy stabilní, dlouhotrvající a musí zajišťovat spokojenost každého z nich. Opakující se interakce s tím samým člověkem budou daleko uspokojivější, než pokud bude člověk navazovat stále nové vztahy s různými lidmi. Nedostatek sounáležitosti a blízkých vztahů může vytvářet značnou deprivaci a způsobit různé psychické poruchy.

Většina mladých lidí (ve věku 25-27 let) se v nějaké podobě nachází v partnerském nebo mileneckém vztahu. Existence vážného vztahu dnešních mladých lidí je podmíněna sexuální věrností a něžností, nikoliv sexem (samotný sex se dostává až na čtvrté místo žebříčku důležitosti za společné plány) (Katrňák et al., 2010). Zajímavé je, že „dynamika „obměny vztahů“ je výrazně závislá na věku – z mladších respondentů z roku na rok zůstalo věrno svému partnerovi 60% dotazovaných, mezi staršími to bylo výrazně více (91%)“ (Katrňák et al., 2010, s. 51). Respondenti dávají důraz na společné plány, sex a zejména společné bydlení. Pro ženy je důležitější společná budoucnost i plány než pro muže a zapojení partnera nebo partnerky do společného života (společné bydlení a společní známí) (Katrňák et al., 2010).

## **2.2. Výběr partnera a seznámení**

Výběr životního partnera představuje složitý proces. V dnešní době přestává mít manželství tak silnou hodnotu, partnerství však svou důležitost neztrácí. Podle čeho si mladí lidé z České republiky vybírají partnera? Jednou ze základních preferencí je věk partnera. Muži častěji preferují partnerky mladší, než jsou sami, ženy naopak starší partnery (Katrňák et al., 2010).

Je také pozorovatelná tendence ke vzdělanostní homogamii – lidé s daným vzděláním by si častěji vybrali partnera nebo partnerku s obdobným vzděláním. Nápadně často je tato preference vidět u lidí se základním a vysokoškolským vzděláním, tedy v krajních kategoriích (Katrňák et al., 2010).

Paleta míst, kde je možné se seznámit a navázat partnerský vztah, je nekonečně pestrá. Nicméně ukázalo se (Katrňák et al., 2010), že partneři se před vznikem vztahu většinou znají delší dobu, své partnery nejčastěji nachází v okruhu svých známých. Známost je to často dlouhodobá, respondenti většinou znali své partnery před navázáním vztahu déle než rok. Pokud se mladí lidé seznámí s partnery mimo okruh svých známých, pak je tomu tak nejčastěji na veřejných a neutrálních místech, jako jsou diskotéky, taneční kluby, kavárny apod. V mladším věku je to pak prostředí školy, ať už základní nebo střední.

Zajímavé je, že silnou pozici zastávají i předem domluvené schůzky, nejčastěji domluvené prostřednictvím internetu. Velmi významnou příležitostí, kde se mladí lidé seznamují, je pracovní prostředí (Katrňák et al., 2010).

Mursteinova teorie (Kratochvíl, 2006, s. 94) nám objasňuje tři síly, které působí při výběru partnera: podnět, hodnoty a role. „V první fázi se partner uplatňuje jako působící podnět, zejména svou přitažlivostí ve vzhledu a chování. Důležité je i to, jak tyto charakteristiky oceňuje okolí a jak jsou u partnerů vyrovnány. Ve druhé fázi jde o podobnost a shodu v zájmech, postojích a uznávaných hodnotách. Partneři získávají při vzájemném kontaktu informace jeden o druhém a zjišťují, zda mají podobné zájmy, hodnoty a postoje ke světu, mohou-li se shodnout. Ve třetí fázi se uplatňuje především kompatibilita rolí. Partneři zjišťují, zda mohou ve vztahu zaujmout nebo si vytvořit vzájemně se doplňující role a získat uspokojení svých potřeb. Uplatňuje se při tom jak podobnost rysů a potřeb, tak komplementární protikladnost. Ve všech fázích se uplatňuje princip vyváženosti výměny. Ke spokojenosti dochází tehdy, je-li výměna vyrovnaná“ (Kratochvíl, 2006, s. 94-95).

Doba, kdy lidé uzavírali sňatek velmi brzy, je dávno pryč. „V nové životní etapě, kdy člověk vydělává, bydlí s partnerem nebo partnerkou nebo sám ve vlastním nebo pronajatém bytě a místo finanční, emoční a časové investice do dětí se věnuje koníčkům, kariéře, vzdělání či jiným bohu libým aktivitám, je na hledání partnera hodně času. Mnozí takto vyzkoušejí velký počet partnerů a teprve poté, mají-li pocit, že našli toho pravého, se rozhodnou k dalším a dobře plánovaným krokům jako je svatba nebo početí dítěte“ (Katrňák et al., 2010, s. 62). Partnerství mužů a žen je stále velmi důležité, mladí lidé se stále seznamují a navazují stabilní partnerské vztahy, často spolu i sdílejí domácnost, či mají děti. Avšak svatba a manželství už nejsou tak důležité, jako bývaly v minulém století.

### **2.3. Sexuální chování mladých**

Sexualita je nedílnou součástí života dospělého člověka a zároveň je přirozenou součástí partnerských vztahů. „Dnes sex a sexuální aktivita mladých lidí existuje zcela osamoceně, bez vztahu k početí dítěte nebo manželství. Podmínkou sexu mezi mladými lidmi je obvykle milostný cit – romantická láska, i když nikoliv podmínkou nutnou. Sex mladí lidé provozují bez lásky, i když sex používají jako důkaz její existence ve vzájemném vyjednávání. Dříve byl sex tajemství páru. Muž nebo žena vstupovali do manželství

bez sexuální zkušenosti. Po uzavření manželství u nich následovalo období „sexuálního“ učení a zasvěcování. Dnes je sex součástí rodinné socializace. Mladí lidé jsou „vychovávání“ k sexu, k zodpovědnosti a sexuálnímu sebeovládání. Mírou sexuálních praktik jsou oni sami. Převážná většina mužů a žen, kteří dnes navazují partnerské vztahy, případně uzavírají sňatek, má sexuální znalosti a značné sexuální zkušenosti“ (Katrňák et al., 2010, s. 31)

„Tradiční pojetí rodiny v současné moderní společnosti mizí. Ubývá lidí, kteří žijí celý život pouze v jednom manželském svazku, muži a ženy se rozvádějí a vplouvají za svůj život do několika typů rodinného uspořádání. Mladí lidé stále častěji žijí v partnerském svazku bez manželského slibu a dítě již není jediný cíl, ke kterému partnerství dvou lidí směřuje“ (Katrňák et al., 2010, s. 37). „Mladí lidé mají v současné moderní společnosti nabídku jiných aktivit, které mohou zaujmout místo dítěte v jejich životě...mohou si v současné době vybrat mezi tím, zda chtějí studovat, cestovat, věnovat se kariéře či svým zálibám nebo mít dítě“ (Katrňák et al., 2010, s. 38).

Pokud se podíváme na vývoj porodnosti, zjistíme, že počet dětí narozených jedné matce se v průběhu vývoje evropských společností za poslední půl století výrazně změnil. Pozorujeme značný pokles porodnosti, který je patrně způsoben potížemi při snaze skloubit soukromou a veřejnou sféru života. „Změny ve vývoji porodnosti a plodnosti jsou vysvětlovány teorií druhého demografického přechodu, jenž v západoevropských zemích probíhal od druhé poloviny 60. let do konce let 80. a jenž v zemích střední a východní Evropy nastoupil s plnou silou až po roce 1989, kdy se do demografického vývoje ještě promítly důsledky hlubokých změn ve společnosti a důsledky ekonomické transformace. Postupem času se ztratila provázanost mezi sňatkem a rozením dítěte. Uzavírání sňatků a rození dětí se odkládalo do vyššího věku, což způsobilo výrazný pokles úrovně plodnosti a růst průměrného věku matek při narození dítěte v průřezových ukazatelích“ (ČSÚ, 2011).

### **3. Partnerský život schizofrenních osob**

#### **3.1. Potřeba sociálních vztahů**

Tradiční pojetí schizofrenie předpokládalo, že lidé trpící touto nemocí nemají ze sociálních vztahů žádný požitek a nepotřebují je (Topor et al., 2006). Modernější pojetí se spíše staví k názoru, že je situace přesně opačná. Totiž, že lidé duševně nemocní mají ze sociálních vztahů užitek, a pokud mohou, vstupují do sociálních interakcí. Potřeba přátelských vztahů je pro psychiatrické pacienty zásadní (Boydell, Gladstone, & Crawford, 2002).

Topor a kolegové (2006) uvádí, že sociální vztahy mají vliv na zotavení se ze schizofrenie. Dříve se předpokládalo, že v procesu zotavení hrají tu nejzásadnější roli profesionálové na duševní zdraví, dnes se však více prosazuje názor, že podstatnější roli hrají vztahy v rodině a společnost. Pro pacienty v procesu léčby je velice důležitá podpora jejich okolí a pocit, že se o ně někdo zajímá a stará (Topor et al., 2006).

Autoři dále tvrdí, že lidé jsou od své podstaty sociální. A proto, pokud se osoby, které onemocní vážnou duševní nemocí, začnou vyhýbat sociálním interakcím, přestávají být lidmi v pravém slova smyslu. Popisují, že stažení se od lidí způsobuje nejen to, že pacienti nejsou schopni prosadit své cíle a zároveň předvídat své chování v sociálních situacích, ale zároveň také nerozumí tomu, jak druzí reagují na ně. Z tohoto pohledu nemůže lidský faktor být nápomocný v léčbě schizofrenie. Jinými slovy ani rodina, ani přátelé a ani profesionálové v oblasti duševního zdraví, ať už mají či nemají psychoterapeutické vzdělání, nemohou zlepšit nemoc samotnou. Vztahy s těmito lidmi mohou zvýšit kvalitu života pacienta, mohou také zmírnit ničivé dopady nemoci, zabránit tomu, aby se z neschopnosti fungovat v běžném životě nestal handicap, ale nemohou v žádném případě ovlivnit schizofrenii jako takovou (Topor et al., 2006).

Předpokládá se, že izolace jedince od sociálního okolí může snadno způsobit zaplavení vnitřními obsahy a vtažení do světa myšlenek a iluzí. Právě pro pacienty trpící schizofrenií může být tato situace fatální a může způsobit zhoršení nemoci a případně další ataku.

Přínos sociálního okolí může být veliký. Boydell a kolegové (2002) zkoumali význam přátelských vztahů pro osoby s duševním onemocněním. Zjistili, že přátelé poskytují referenční bod, díky kterému může nemocný člověk porovnávat svůj vnitřní život s prožitky ostatních. Jejich výzkum ukazuje, že myšlenky a pocity jedince jsou často posuzovány skrze sociální kontakty s přáteli. Rovněž je potřeba mít na mysli, že sociální vztahy

jsou také součástí vytváření vlastní identity (Davidson, 2003). Lidé se schizofrenií však mají pocit, že nepatří nikam, do žádné sociální skupiny.

Davidson (2003) dodává: „Můžeme si vzpomenout na pocit, že se „někam nehodíme“ v různých sociálních situacích, nebo si můžeme vzpomenout na pocit odcizení, který je vlastní pocitům doprovázejícím vývojové období adolescence. Pro základní představu jsou tyto příklady dostatečné, ale sotva dosahují pocitu izolace doprovázející schizofrenii. Tento pocit izolace a „vykořenění“ u schizofrenie je spíše připodobitelný k situaci, kdy se člověk ztratí v cizí zemi, kde nikdo nemluví řečí, jakou on ovládá. Nebo když jde člověk spát do hotelu ve městě, kde ho nikdo nezná a neví o něm, s obavou, že kdyby zemřel ve spánku, nikdo se o tom nedozví, dokud nezačne zapáchat rozkládající se tělo“ (Davidson, 2003, s. 154).

V takové situaci a s takovým pocitem je těžké navazovat nové sociální kontakty a pokoušet se udržovat přátelské vztahy. Za těchto okolností je pravděpodobné, že si pacienti začnou hledat svou referenční skupinu mezi lidmi s duševním onemocněním. Davidson (2003) dodává, že skupina duševně nemocných se pak stává jedinou sociální skupinou, ke které má pacient přístup a se kterou může uspokojit potřebu afiliace. V mnoha případech je pro pacienty výhodnější přijmout to, že jsou duševně nemocní a patří do této skupiny, než vidět sám sebe jako nikoho, kdo nepatří nikam.

Lencucha a kolegové (2008) ve svém výzkumu zdůrazňují fakt, že navázání nových sociálních vztahů je závislé na environmentální blízkosti. Klienti navazovali kontakty nejvíce v souvislosti s každodenními aktivitami a na nejčastějších místech, kde se pohybují. Proto je logické, že v případě např. hospitalizace navazují pacienti blízké kontakty mezi sebou. Pacienti za nejdůležitější považovali ty sociální vztahy, které se jakkoli vztahovaly k jejich nemoci, ať už jen díky doporučením či radám, které jim ostatní dávali. Nemoc je tedy klíčové téma, o kterém pacienti rádi hovoří a považují je za velmi důležité v jejich životě (Lencucha, Kinsella, & Sumsion, 2008). I proto je pochopitelné, že často navazují vztahy se spolupacienty, kteří jim dobře rozumí a mohou společně sdílet zkušenosti s nemocí.



### 3.2. Partnerské vztahy

Nedostatek sociálních vztahů a život bez partnerského vztahu je jedním z klíčových rizikových faktorů pro rozvoj schizofrenie (Cornblatt, et al., 2003; Malmberg et al., 1998; Jablensky & Cole, 1997). Naprostá většina pacientů se schizofrenií žije bez partnera (MacCabe, Koupil, & Leon, 2009), o partnerské vztahy však stojí a považují je po vztazích rodinných za ty nejdůležitější (Lencucha, Kinsella, & Sumsion, 2008). Fakt, že většina pacientů žije bez partnera, je značně alarmující, neboť fungující partnerský vztah a sociální život jsou příznivé prognostické faktory a přispívají v léčbě schizofrenie. Rovněž je nutné zdůraznit, že neuspokojení potřeby afiliace, sounáležitosti a lásky může vést k deprivaci a negativně ovlivnit průběh nemoci.

Potřeba afiliace a lásky patří do základních lidských potřeb, pacienti se schizofrenií po stabilním partnerském vztahu a lásce přirozeně touží a to stejně jako normální populace (Häfner, 2003). Nemožnost nalezení partnera a osamocení je pak součástí prožívání životního selhání a ztráty sebedůvěry. Naopak pacienti se schizofrenií předpokládají, že navázání partnerského vztahu by bylo šancí ke zvýšení sebedůvěry a sebeúcty (Redmond, Larkin, & Harrop, 2010).

Přesto, že je prokázána pozitivní korelace mezi dlouhodobými partnerskými vztahy a prožitkem osobní pohody (well-being), je možné, že pro některé pacienty by mohly být partnerské vztahy také rizikových faktorem. Na jedné straně přináší partnerství pozitivní emoce a je podpůrným efektem v léčbě, na straně druhé je také zdrojem negativních emocí (Wilson-Shockley, 1995) a stresových situací, které mohou být rizikové pro rozvoj schizofrenní ataky (Redmond et al., 2010). Výzkumy ukázaly, že osoby, které vnímají intimitu jako méně ohrožující, častěji udržují kvalitnější sociální i partnerské vztahy (Brunnell, Pilkington, & Webster, 2007).

Jak jsme viděli v kapitole 2.2 Výběr partnera a seznámení, zdraví mladí lidé často své partnery znají před začátkem vztahu delší dobu. Často si partnery vyhledávají z okruhu svých známých, či se seznamují na veřejných místech u příležitosti tance, poslechu hudby apod., neopomenutelným místem pro seznamování se je také pracovní prostředí (Katrňák et al., 2010). Schizofrenie je komplexní poruchou, která zasahuje do všech aspektů života jedince. Především negativní příznaky, jako ztráta zájmu o své cíle, plány a zájmy, mohou velmi negativně ovlivnit proces navazování a udržování vztahů. „Nemocný ztrácí zájem o své přátele a preferuje osamělé trávení času a časté nicnedělání. Často má pocity izolovanosti a osamělosti“ (Praško et al., 2005, s. 15). Pacienti se schizofrenií se často izolují od vnějšího světa, přitom samozřejmě environmentální blízkost hraje klíčovou roli

v seznamování se s novými lidmi a v udržování si sociálních kontaktů. Pacienti obvykle nemají vytvořenou silnou síť sociálních vztahů, chybí jim velké množství přátel a tudíž i příležitosti k seznamování se. Jak uvádí Cechnicki, Wojciechowska a Valdez (2008), pacienti se schizofrenií mívají v období remise nejčastěji pouze 3-10 extrafamiliárních sociálních vztahů, což je velmi málo rozvinutá sociální síť.

Lencucha a kolegové (2008) uvádí, že pacientům často trvá velmi dlouho, než kontakt naváží, proto je důležitá rutina v jejich životě. Pokud totiž chodí pravidelně na stejná místa a potkávají ty samé lidi, často se po několika týdnech až měsících odváží navázat kontakt a seznámit se. Případně tak o sobě dávají vědět a může se s nimi seznámit někdo jiný, pokud jim první navázání kontaktu dělá problém (Lencucha, Kinsella, & Sumsion, 2008).

Pacienti se schizofrenií by proto měli být podporováni v udržování pravidelných volnočasových aktivit, či v zařazení do pracovního procesu, pokud mají chuť se s někým seznamovat a navazovat partnerské vztahy. Ukazuje se, že právě pracovní prostředí a volnočasové aktivity jsou klíčová prostředí pro seznámení se s novými lidmi, vytváření přátelství a partnerských vztahů. Pacienti se schizofrenií považují za nejdůležitější vztahy rodinné, partnerské, přátelské a vztahy s kolegy či spolupacienty (Lencucha, Kinsella, & Sumsion, 2008).

Lencucha a jeho spolupracovníci (2008) dále uvádějí, že pro udržování vztahů je nejdůležitější nepřerušené trvání vztahu a naděje ve vztah. Pacienti uvádí, že pokud se mají na koho těšit, je to jejich naděje do budoucna. Také zmiňují, že je důležitá reciprocita, dávání i brání. Vztah by dle nich neměl být jednostranný, užívají si to, že mohou oni přijímat pomoc od druhých a také ji vracet. Právě to, že i oni mohou být oporou pro jiné, je klíčové v jejich vidině sociálních vztahů. (Lencucha, Kinsella, & Sumsion, 2008). Pacienti udávají, že se vznikem nemoci ztratili mnoho přátelských vztahů, nicméně také se často zároveň utužily blízké vztahy, především ty rodinné. Nejdůležitějším aspektem přátelství se tak stalo porozumění nemoci a respekt k jinakosti (Lencucha, Kinsella, & Sumsion, 2008).

Většina pacientů se schizofrenií žije bez partnera. Švédská studie (MacCabe, Koupil, & Leon, 2009) ukázala, že pacienti s tímto onemocněním se žení či vdávají šestkrát méně často než zdravá populace. Také nemívají děti, v této skupině je dokázána nižší porodnost, stejně jako významně snížený počet vnoučat. Na nižší porodnost u schizofrenie se můžeme podívat z hlediska evolučního. Pro úspěšné rozmnožení se je totiž potřeba splnění hned několika podmínek. U schizofrenie mohou být všechny nutné podmínky pro úspěšné zplození potomka narušeny, mezi ty nejdůležitější patří dostupnost sexuálních partnerů,

nenarušené emoční funkce, na cíl orientované chování, schopnost udržovat dlouhodobé milostné vztahy, sexuální touha a zdravý reprodukční systém (MacCabe, Koupil, & Leon, 2009). Na některé výše řečené faktory se podíváme podrobněji.

Lidé se schizofrenií jsou často dlouhodobě hospitalizováni na psychiatrii. Tento fakt je důležitý především proto, že na uzavřených odděleních často nemají možnost najít si potenciálního sexuálního partnera, ani navázat partnerský vztah. „Lidé hospitalizovaní na psychiatrii obecně trpí ztrátou intimity. Je nutné vidět sexuální chování člověka v celé jeho šíři, za intimní je třeba také považovat i důvěrný hovor, doteky apod. Vybudování intimních místností je jistě nutné“ (Spilková & Venglářová, 2004, s. 254).

„Duševně nemocní lidé jsou omezováni ve své touze žít sexuálním životem jako ostatní lidé, a to jak při ústavní péči, tak ve své původní rodině. Společnost i blízcí příbuzní často nemocným v sexuálním životě brání“ (Spilková & Venglářová, 2004, s. 253). V rámci interních pravidel a předpisů psychiatrických zařízení, stejně jako terapeutických komunit, je přísný zákaz partnerských a sexuálních vztahů mezi pacienty (např. Terapeutická, 2011). Dostupnost jejich možností v navázání a udržení vztahů je tak značně omezena.

Osoby se schizofrenií jsou často bezdětné. Snížená porodnost u schizofrenních pacientů se často vysvětluje tím, že osoby trpící schizofrenií mají narušenou schopnost začít a udržet si dlouhodobý partnerský vztah, proto jsou častěji svobodní, nežení se a nevdávají, a proto nemají ani děti (MacCabe, Koupil, & Leon, 2009). Je však otázkou, zda i dnes, kdy má mnoho párů děti mimo manželství, lze sníženou porodnost vysvětlovat pouze neschopností udržet si dlouhodobý vztah, navíc i u pacientů žijících v manželství byl prokázán snížený počet potomků než v manželstvích zdravých párů (MacCabe, Koupil, & Leon, 2009). Šrámková (2010) dodává: „Dle nejnovějších studií byly zjištěny hormonální dysbalance u jedinců trpících schizofrenií dlouho před manifestací samotného onemocnění, u žen byl zjištěn zpomalený psychosexuální vývoj, nižší hladiny estrogenů. U mužů je psychosexuální vývoj rovněž opožděn a jsou u nich pozorovány častější poruchy plodnosti“ (Šrámková, 2010, s. 421).

Svou roli ve snížené porodnosti může hrát i neplodnost schizofrenních pacientů způsobená psychofarmakologickou léčbou. Mezi nežádoucí účinky atypických antipsychotik patří i hyperprolaktinémie, která často vede k neplodnosti u žen (objevuje se amenorea) a k erektilním potížím, stejně jako k dysfunkci ejakulace u mužů (Meaney & O'Keane, 2002).

Apatie, oploštěné emoční reakce, sociální vyloučení, nedostatek motivace a kognitivní deficit jsou klíčové symptomy schizofrenie, které často narušují začátek a úspěch

námluvného chování, tedy chování vedoucího k navázání partnerského vztahu a případně sexuálního styku. Šrámková (2010) uvádí, že „u neléčených pacientů je pozorován pokles libida, ale další komponenty sexuálního cyklu (erekce/lubrikace, vzrušení, orgasmus, satisfakce) byly nenarušené. Pokles libida je považován za jeden z negativních příznaků schizofrenie, stejně jako neschopnost navázat partnerský vztah nebo sociální stažení“ (Šrámková, 2010, s. 422).

Pokles libida může souviset i s poklesem motivace k navazování sexuálních vztahů. Jak jsme již uvedli, schizofrenie zasahuje také sociální kognici. Především zasažení theory of mind, empatie, analýzy exprese emocí z tváře druhých lidí může velmi negativně ovlivnit proces namlouvání a navázání kontaktu s potencionálním partnerem. Totiž signály svádění nemusí být pro osoby se schizofrenií čitelné. U schizofrenie tak může být zasažena schopnost dekodovat partnerské signály.

### **3.3. Sexuální chování u schizofrenních osob**

Ve shodě s Mansour-Musovou a Weissem (2006a,2006b,2006c) musíme konstatovat, že v současné době neexistují rozsáhlejší výzkumy týkající se sexuálního života schizofrenních pacientů. Zmínění autoři se věnovali výzkumu sexuálních aktivit a orientace schizofrenních pacientek. Rozsáhlejší výzkum sexuálního chování u pacientů se schizofrenií nebyl dosud, pokud je nám známo, publikován. Vzhledem k tomuto faktu využijeme v této kapitole dostupné zdroje a shrneme, jak vypadá sexuální chování schizofreniček v ČR dle Mansour-Musové a Weisse (2006a,2006b,2006c) a předložíme výsledky některých zahraničních výzkumů zabývajících se sexualitou u schizofrenních pacientů.

Mladí lidé se schizofrenií mají obecně méně sexuálních zkušeností, ve srovnání s normální populací mladých lidí (Fortier, Mottard, Trudel, & Even, 2003). K sexuálnímu chování a orientaci pacientek se schizofrenií se vyjadřují Mansour-Musová a Weiss (2006b) ve svém článku „Sexuální orientace a homosexuální chování u pacientek s onemocněním schizofrenního okruhu“, kde udávají, že nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v sexuální orientaci mezi pacientkami a ženami z obecné populace. Přesto se objevují rozdíly v homosexuálních zkušenostech, tedy pacientky častěji vykazují homosexuálně orientované chování.

„I když homosexuální orientaci připouští pouze 2 % z nich, až 17 % má zkušenosti s homosexuálním stykem. Je to tedy více než dvojnásobek ve srovnání s respondentkami z obecné populace. Toto číslo může odrážet jednak větší rozmanitost sexuálních aktivit

pacientek (která může jistě souviset s jistou desinhibicí chování v prodromálních i akutních stádiích psychotického onemocnění), ale může být i důsledkem často dlouhodobých hospitalizací, kdy je ztížený kontakt s manželi a partnery, a tím i snížená možnost heterosexuální realizace sexuálních potřeb. Homosexuální kontakty jsou pak v podstatě náhražkové, analogické homosexuálnímu chování vězňů a jiných jedinců žijících v izolaci či jiných nestandardních podmínkách“ (Mansour-Musová & Weiss, 2006b, s.128-129).

K tomuto vysvětlení se přidává i Bai a kolegové (2000), kteří ve svých šetřeních dochází k podobným výsledkům, tj. že pacienti i pacientky se schizofrenií navazují v průběhu hospitalizací homosexuální vztahy se svými spolupacienty. Jedná se především o ty, kteří zahájili svůj sexuální život v mladém věku a to již před první hospitalizací a dále o pacientky, které měly větší množství sexuálních partnerů již před prvním přijetím do léčebny. Pro tyto pacienty je pak homosexuální chování jedinou cestou, jak dát průchod sexuální touze. Toto chování má pak adaptivní funkci, neboť pacienti nemají jiné příležitosti k sexuálním vztahům (Bai, Huang, Lin, & Chen, 2000).

K tomuto faktu je nutné dodat, že interní předpisy pobytových zařízení (terapeutické komunity, psychiatrické léčebny) často zahrnují zákaz partnerských i sexuálních vztahů mezi klienty, což přispívá k izolaci a nemožnosti sexuálních vztahů (např. Pravidla Terapeutické komunity Mýto, viz. <http://www.komunitamyto.cz/jaktochodi>). Tento zákaz pak může přispívat k hledání náhražkových způsobů vybití sexuální touhy, jako jsou vztahy homosexuální nebo častá masturbace, pokud se jedná o oddělení, kde jsou izolovány ženy od mužů. V případě smíšených oddělení pak může nastávat situace, kdy pacienti navazují sexuální vztahy i přes zmíněný zákaz.

Mansour-Musová a Weiss (2006a) uvádějí, že pacientky se schizofrenií, které masturbují, tak činí výrazně častěji než ženy z normální populace. Zajímavé zjištění je, že ženy s touto nemocí vykazují podobnou frekvenci potřeby sexuálního vybití jako kontrolní soubor, až 47% patientek uvedlo, že by nepotřebovaly sexuální vybití vůbec. Autoři dále uvádějí alarmující zjištění „82 % respondentek z obecné populace a pouze 53 % patientek uvedlo, že žijí v trvalém partnerském vztahu. Rozdíl mezi soubory je statisticky vysoce významný. Nicméně i ty pacientky, které žijí v partnerství, mají významně méně pohlavní styky s partnery – zřejmě i z důvodu samotné hospitalizace v léčebně“ (Mansour-Musová a Weiss, 2006a, s. 296).

Mansour-Musová a Weiss (2006a) také mapovali zkušenosti s různými druhy sexuálních styků, pacientky uváděly vyšší výskyt aktivit, které jsou zaměřené spíše na uspokojení partnera - větší četnost felace, i s ejakulací do úst a análních sexuálních styků.

Autoři tento fakt interpretují jako snahu pacientek o udržení si partnera tím, že mu sexuálně vyhoví (Mansour-Musová a Weiss, 2006a). Pacientky přitom vykazují více sexuálních dysfunkcí než obecná populace, a to jak při vyšetření, tak celoživotně. Jedná se především o poruchy apetence, dyspareunie a algopareunie (Mansour-Musová a Weiss, 2006a). Fortier a kolegové (2003) dodávají, že ženy se schizofrenií mívají častěji potíže se sexuálním vzrušením (arousal) a také je častěji trápí galactorrhea (způsobená hyperprolaktinemií jako důsledek vedlejších účinků psychofarmak). Muži se schizofrenií také častěji uvádějí sexuální dysfunkce než muži z kontrolní skupiny (normální populace). Pacienti, kteří užívali risperidon či olanzapin, vykazovali nejméně jeden typ sexuální dysfunkce. Nejčastěji se jednalo o sníženou touhu po sexu, problémy se sexuální vzrušivostí a ejakulací (Fortier, Mottard, Trudel, & Even, 2003).

Poruchy sexuální apetence a další sexuální dysfunkce mohou být, u některých žen, následkem sexuálního zneužívání v dětství. Jak uvádí Mansour-Musová a Weiss (2006c), pacientky uváděly téměř třikrát častěji zkušenosti se sexuálním zneužitím v dětství. Zatímco u kontrolní populace byly ženy častěji zneužívány cizími muži, nepatřícími do rodiny, u pacientek se tohoto trestného činu dopouštěli častěji otcové (vlastní či nevlastní). Zajímavé zjištění je, že pacientky oznámily tento trestný čin častěji než ženy z běžné populace, nejčastěji v rodině, na policii hlásilo tento čin pouze 12% pacientek. Pacientky byly také častěji donuceny k sexuálnímu aktu (znásilnění) v dospělosti, oproti kontrolní skupině, kde byli pachatelé často neznámí muži, šlo u pacientek o znásilnění ze stran partnerů. V obou skupinách však nejčastěji ženy nehlásily tento čin na policii (Mansour-Musová & Weiss, 2006c).

Ve srovnání s kontrolní skupinou měli mladí lidé se schizofrenií menší dojem zodpovědnosti za svou sexualitu a také měli pocit, že mají menší kontrolu nad svým sexuálním životem. Pro pacienty je také těžké, aby si byli vědomi svých pocitů a tužeb spojených se sexualitou. Ukázalo se také, že pacienti mají stejnou touhu navazovat sexuální vztahy jako mladí zdraví lidé, ale mají menší motivaci k jejich uskutečnění, nejsou schopni vynaložit podstatné úsilí k dosažení uspokojení (Fortier et al., 2003). Osoby nemocné schizofrenií častěji provozují nechráněný sex, což může vést k nakažení pohlavně přenosnými chorobami, jako je například HIV (Mason & Miller, 2001).

Tato kapitola se zabývala sexuálními vztahy osob se schizofrenií. Je nutné zdůraznit, že pacienti navazují nejen partnerské, ale i sexuální vztahy méně často, než mladí lidé z kontrolních skupin. U vážně duševně nemocných se objevují různé sexuální dysfunkce a rizikové faktory pro rozvoj sexuálně přenosných nemocí. Z tohoto důvodu je nutné

poskytovat pacientům intervenci v oblasti sexuality i partnerských vztahů, která by eliminovala rizikové chování osob se schizofrenním onemocněním. Více se o možných intervencích v této oblasti zmiňujeme v následující kapitole 3.4. Intervence v oblasti partnerských vztahů a sexuality.

### **3.4. Intervence v oblasti partnerských vztahů a sexuality**

Intervence v oblasti sexuality a partnerských vztahů je u osob se schizofrenním onemocněním nesmírně důležitá. Jak uvedeme podrobněji v kapitole 3.3. Sexuální chování schizofrenních osob, tito lidé jsou vystaveni různým rizikovým faktorům. Například častěji provozují nechráněný pohlavní styk, i proto tato skupina vykazuje vyšší incidenci výskytu HIV (Mason & Miller, 2001). Carey a kolegové (2001) popisují častější tzv. rizikové chování, jako je nabízení se a poskytování sexuálních služeb, stejně jako jejich využívání (prostituce). Osoby duševně nemocné také častěji mají partnery z rizikových skupin pro nakažení nejrůznějších nemocí. V anamnéze pacientů i partnerů se objevuje často drogová závislost a užívání návykových látek a alkoholu (Carey et al., 2001).

Z tohoto důvodu je nutné zavést intervenci v oblasti sexuality a partnerství pro skupiny lidí s duševním onemocněním. Penna a Sheehy (2000) navrhuje, aby osvětu prováděli pracovní terapeuti (ergoterapeuti), neboť tato činnost by měla být součástí jejich pracovního zaměření. Z jejich výzkumu vyplývá, že pouze malé procento pracovních terapeutů poskytuje tuto službu a pokud, pak pouze verbálním sdělením a formou poučení (Penna & Sheehy, 2000). V České republice nám není známo, zda intervence v oblasti sexuality probíhá v průběhu hospitalizace či jiné fázi léčby.

Program psychosociální intervence přímo zacílený na partnerské vztahy a sexualitu u schizofrenních pacientů je, pokud je nám známo, pouze jediný, a tím je Škola seznamování, kterou provozuje v současné době občanské sdružení Rain Man ve spolupráci s Českou asociací pro psychické zdraví. Škola seznamování je „určena lidem, kteří trpí duševním onemocněním a cítí se osamělí či nejistí v mezilidských vztazích. Cílem Školy seznamování je nabytí tzv. seznamovacích dovedností, čímž se rozumí především posílení sebevědomí, rozvoj komunikačních dovedností, celkové zlepšení podmínek k navazování vztahů“ (Jarolímek & Scheansová, 2011, s.1). Intervence probíhá formou nácviku sociálních dovedností a komunikačních dovedností. Součástí je také psychoedukace v oblasti sexuální i partnerské, nácvik přijetí vlastní sexuality, svého těla i intimity.

V rámci Školy seznamování se účastníci učí komunikačním dovednostem, hledáním svých slabých i silných stránek a také se dozvídají základní informace o sexualitě, intimitě a přijetí vlastního těla. Výhodou Školy seznamování je, že za doprovodu terapeutů si klienti mají možnost procvičit nabyté dovednosti i „v terénu“, tj. v hudebním klubu, na diskotéce, výstavě či tanečním plese. Jak uvádí Jarolínek a Scheansová (2011): „Mnozí lidé, kteří se léčí na psychiatrii, mají problémy s přijetím intimity. Tato skutečnost může vést k tomu, že když se zeptáme mladších pacientů, kdy a kde naposledy viděli ve skutečnosti nahou ženu, odpovídají často, že to bylo v dětském věku a byla to jejich maminka“ (Jarolínek & Scheansová, 2011, s.3). Z toho důvodu je součástí programu také trénink přijetí intimity, zatím určený pouze pro mužské pacienty. V této fázi jde o nácvik přijetí nahoty těla svého, i partnerky, který je veden v duchu kognitivně – behaviorální terapie (Jarolínek & Scheansová, 2011).

Dalším program, který se orientuje na sexualitu a partnerské vztahy u duševně nemocných je realizován v Psychiatrické léčebně Bohnice. Program s názvem „Kvalita sexuálního života lidí s duševním onemocněním“ je založen na tréninku partnerských dovedností, nácviku společensky přijatelného sexuálního chování a uvědomění si vlastní sexuality a intimity, stejně jako na prevenci neblahých důsledků sexuality, jako jsou nechtěná těhotenství, pohlavně přenosné nemoci, zneužívání atd. Autoři sami uvádí, že „z odborné literatury i z naší zkušenosti vyplývá nutnost oddělit práci s lidmi trpícími psychózou a s lidmi s jinými onemocněními“ (Spilková & Venglářová, 2004, s. 253). Osvěta, která je v rámci tohoto programu prováděna, by měla být zaměřena nejen na pacienty, ale také na rodinné příslušníky a ošetřující personál, který s pacienty tráví mnohdy nejvíce času (Spilková & Venglářová, 2004).



## **II. EMPIRICKÁ ČÁST**

## 1. Cíl výzkumu a formulace výzkumných otázek

Vzhledem k tomu, že je téma partnerských vztahů dosud nedostatečně popsáno v odborné literatuře, směřuje tento výzkum k základnímu objasnění a zmapování tématu partnerských vztahů u osob se schizofrenním onemocněním. Cílem výzkumu je popsat jaké zkušenosti, představy a ideály mají mladí lidé se schizofrenním onemocněním o partnerských vztazích. Zajímá nás, jaký význam přikládají pacienti partnerským vztahům a to především ve vztahu k nemoci schizofrenie. K dosažení těchto cílů jsme zformulovali následující výzkumné otázky:

1. výzkumná otázka:

**Jaké zkušenosti mají osoby diagnostikované schizofrenním onemocněním s partnerskými vztahy a sexuálním životem?**

Zodpovězení této výzkumné otázky nám umožní vytvořit si představu o tom, jak vypadá partnerský život u osob se schizofrenním onemocněním. Jedinečná subjektivní zkušenost respondentů nám umožní nahlédnout do minulých zkušeností s partnerstvím, sexualitou a emocemi, které se k prožitkům ve vztazích váží. Budeme zjišťovat, co osoby se schizofrenií na partnerských vztazích těší i čeho se obávají.

2. výzkumná otázka:

**Co pro pacienty se schizofrenií znamenají partnerské vztahy?**

Zodpovězení druhé výzkumné otázky nám umožní zjistit, jakou důležitost přikládají pacienti vztahům a jaký význam pro ně mají partnerské vztahy. Také budeme zjišťovat, zda jsou partnerské vztahy a sexuální život důležité ve vztahu k životní spokojenosti pacientů.

3. výzkumná otázka:

**Jaká očekávání mají osoby se schizofrenním onemocněním od vztahu a od partnera ve vztahu?**

Třetí výzkumná otázka se zaměřuje na téma očekávání. Jejím cílem je zjistit, jak reálná očekávání mají pacienti od svých (potencionálních) partnerů a od partnerského vztahu obecně. Tato otázka směřuje k postojům pacientů k partnerskému vztahu a k motivaci partnerské vztahy navazovat nebo zůstat bez partnera.

4. výzkumná otázka:

**Jak vypadá ideální vztah v představě osob se zkušeností se schizofrenním onemocněním?**

Cílem této výzkumné otázky je zjistit, jaká je ideální představa pacientů o partnerském vztahu. Zodpovězení této otázky nám umožní zjistit, jak vypadají jejich přání a potřeby ve vztahu.

5. výzkumná otázka:

**Jak vnímají osoby diagnostikované schizofrenií partnerský vztah v souvislosti s léčbou – jako podpůrný či jako komplikující?**

Poslední, pátá výzkumná otázka se zabývá vztahem partnerství a schizofrenie. Cílem této otázky je zjistit, jak pacienti vnímají partnerské vztahy ve vztahu k jejich nemoci. Zda se cítí lépe či hůře, pokud mají partnerský vztah, zda jsou partnerské vztahy podpůrným elementem či zda jsou komplikující v procesu léčby schizofrenie.

## **2. Projekt „Partnerské vztahy u osob se schizofrenním onemocněním“**

Dříve než se budeme věnovat konkrétnímu popisu výzkumu, je nutné zmínit, že tato diplomová práce je součástí výzkumného grantu uděleného Filozofickou fakultou Univerzity Karlovy (vnitřní granty FF UK pro rok 2012). Udělená finanční podpora dopomohla především při motivování klientů při vstupu do výzkumu. Jak popíšeme dále, byl vytvořen leták (*Příloha č.1*) oslovující respondenty, kteří za poskytnutý rozhovor dostávali finanční odměnu 200 Kč. Díky finanční podpoře Filozofické fakulty UK bylo možné zakoupit také kvalitní diktafon a tak zajistit kvalitní audio nahrávku, která je základem dobrého transkriptu a dále analýzy dat. Je nutné také podotknout, že se finanční podpora projektu projevila i při analýze získaných dat, kde byla využita nejnovější verze programu Atlas.ti 7.

### 3. Popis použitých metod

Vzhledem ke specifičnosti zkoumané problematiky a povaze informací, které budeme zjišťovat, jsme zvolili kvalitativní metodologii. Volba kvalitativního výzkumu nejlépe odpovídá cíli našeho výzkumného projektu - tj. co nejkomplexněji a nejhlouběji porozumět tomu, jaký význam přisuzují osoby se schizofrenií partnerským vztahům, jaké mají zkušenosti, představy a ideály.

Pro pochopení subjektivní zkušenosti respondentů se nejvíce hodí využít metodu Interpretativní fenomenologické analýzy (Interpretative Phenomenological Analysis, dále zkracuji jako IPA). Tato fenomenologická metoda je popsána autorem Jonathanem A. Smithem jako přístup, který se zabývá zkoumáním subjektivního vnímání jedince, jeho přístupu k nějaké situaci či psychickému stavu. Nesnaží se tedy o objektivní zachycení reality. Současně se snaží pochopit osobní pohled účastníka (Birkbeck, 2011). Jak píše Smith (2004), IPA si klade za cíl detailně prozkoumat osobní zkušenost jedince a smysl, jaký této zkušenosti přisuzuje. Lze říci, že jde o dvouúrovňový interpretační proces, kdy „se účastník snaží pochopit svůj osobní a sociální svět a výzkumník se snaží pochopit účastníka, který se snaží pochopit svůj osobní a sociální svět“ (Smith, 2004, s. 40).

IPA však připouští to, že pochopit účastníkův svět není možné zcela ani přímo. Do tohoto procesu zasahují předem vytvořené myšlenkové koncepce výzkumníka, od kterých se nemůže plně oprostit během procesu interpretace dat. IPA je založena na hermeneutice – teorii interpretace a zároveň je silně idiografická (Birkbeck, 2011).

Nejčastější metodou, kterou IPA používá je metoda polostrukturovaného rozhovoru, kterou využijeme i my v tomto výzkumu. Jak popíšeme dále, budou provedeny hloubkové polostrukturované rozhovory s respondenty, které budou analyzovány metodou IPA. IPA vždy pracuje s přepisy dat (transkripty) získaných z rozhovoru (případně z jiných zdrojů, jako jsou deníky apod.). Otázky rozhovoru by měly být otevřené a pokládány nedirektivně. Účastníkům výzkumu je tak dána možnost sdílet své vidění problému - fenoménu s výzkumníkem (Willig, 2008).

Vzorek respondentů je zpravidla malý a probíhá pomocí racionálního výběru. Skupina by měla být úzce definovaná a výzkumné otázky by měly být pro skupinu relevantní.

Celý proces analýzy začíná konstrukcí výzkumné otázky, volbou výzkumného vzorku, pokračuje přes přípravu struktury rozhovorů, jejich realizaci. Dále následuje doslovný přepis rozhovorů.

Po této fázi přichází na řadu samotná interpretativní fenomenologická analýza textů. Nadále popíšeme, jak autoři IPA doporučují analyzovat získaná data (Willig, 2008). V prvním kroku je transkript několikrát pečlivě přečten. Během opakovaného čtení si dělá výzkumník poznámky (po levé straně papíru), zapisuje asociace, poznámky, otázky, zkrátka vše, co se výzkumníkovi vyjevuje, co ho napadá při čtení transkriptu. Pro tuto fázi zapisování komentářů nejsou stanovena žádná pravidla.

Druhá fáze analýzy probíhá tak, že výzkumník přiřazuje témata, která se v textu objevují. Výzkumník zapisuje klíčová slova používaná k zachycení esenciální kvality. Autoři doporučují poznamenávat témata po pravé straně papíru.

Ve třetí fázi pokračuje analýza vytvářením „clusterů“, „rodin témat“, které se vyjevují v průřezu analýzy rozhovoru. Vytvoří se tedy seznam témat vytvořených v druhé fázi analýzy a hledají se souvislosti, podobnosti a vztahy. V interakci s původním textem se výzkumník snaží porozumět sdělení respondenta a zároveň čerpá z vlastní zkušenosti i z odborné literatury.

Čtvrtá fáze analýzy obsahuje vytvoření tabulek či schémat se zmíněnými tématy a rodinami témat, kde jsou uvedeny i odkazy na citace v transkriptu každého rozhovoru. V této fázi se uvádí pouze ta témata, která souvisí s výzkumnými otázkami a je na ně zaměřen výzkum. Pochopitelně se tedy ztrácí informace získaná v počátku analýzy, ve fázi první a druhé. Popsaná analýza je realizována u každého z rozhovorů.

V posledním kroku mohou být data převedena do narativní podoby. Svá tvrzení výzkumník dokládá a potvrzuje uvedenými citacemi z transkribovaných rozhovorů.

V případě analýzy více rozhovorů nastává fáze, kdy se přehledné tabulky a souhrny témat integrují a analyzují se rozhovory napříč. Hledají se témata (clustery, rodiny témat) společná i rozdílná. Tato analýza může probíhat dvojím způsobem. Buď poté, co provedeme analýzu prvního rozhovoru, tento odložíme a začínáme znovu od začátku s dalším rozhovorem. Druhá možnost pak je, že využíváme témat nalezených v prvním rozhovoru a užíváme je pro analýzu dalších rozhovorů. Tento postup využijeme, neboť ani v prvním případě nelze vyloučit ovlivnění čtením a zpracováním předchozích rozhovorů. Analýza je cyklický proces, proto se předpokládá ovlivnění výzkumníka každým předchozím zpracováním rozhovorů, stejně jako ovlivnění vlastní zkušeností i odbornou literaturou (Willig, 2008).

V našem případě budeme analýzu provádět jak vertikální (každý rozhovor zvlášť), tak horizontální (napříč rozhovory). Proces je završen konečnou interpretací výsledků. V následujících kapitolách tedy popíšeme konkrétně proces zpracování předkládaného

výzkumu. Metodou IPA budeme analyzovat veškeré zrealizované rozhovory a to dle popsané metodologie. V případě odchylek od popsaných doporučení autorů (Smith, 2004) tak jednáme v souladu s jejich doporučením přizpůsobit metodu vlastnímu stylu práce i tématu výzkumu.

### 3.1. Etika výzkumu

V rámci tohoto výzkumu byla dodržena pravidla etiky ve výzkumu. Především byla zaručena respondentům důvěrnost. Získané informace byly anonymizovány tak, aby nebyli rozpoznatelní jednotliví respondenti. Účastníci výzkumu byli o této proceduře informováni od prvního kontaktu. Byla změněna především jména klientů i osob, o kterých hovořili. Během analýzy získaných dat byly rovněž anonymizovány citlivé údaje o respondentech tak, aby nebyli rozpoznatelní ani pro osoby, které věděli o jejich účasti ve výzkumu. Zároveň jsou zamlčeny jednotlivé organizace, ze kterých klienti pocházeli, stejně jako místa jejich bydliště i aktuálního pobytu. Ochrana soukromí účastníků je také zaručena způsobem, jakým je nakládáno se získanými daty. Originální nahrávky jsou po vytvoření anonymizovaného transkriptu smazány. Do té doby byly uchovány na bezpečném místě, v počítači chráněném několika hesly.

Respondenti si byli vědomi, že rozhovor slouží k výzkumným – studijním účelům. Respondenti do výzkumu vstupovali dobrovolně, byli dopředu informováni o jeho tématu, průběhu, účelu, přístupu osob k nahrávce rozhovoru (výzkumník, vedoucí práce) a také byli poučeni o tom, že k anonymizovaným datům bude mít přístup odborná veřejnost v rámci nahlížení do diplomové práce. Již v začátku jim bylo řečeno, že rozhovor bude trvat 90-120 minut, což bylo ve všech případech dodrženo. Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas, jehož vzor je možné nalézt v *příloze č. 3*.

### 3.2. Výzkumný soubor

Tento výzkum je zaměřen na mladé lidi se schizofrenií, proto byly stanoveny následující kritéria pro volbu výzkumného vzorku. Respondent by měl být **muž či žena ve věku 18-35 let s diagnózou schizofrenie (F20) a jeho onemocnění by mělo být alespoň 6 měsíců ve fázi remise** (neměl by vykazovat akutní příznaky psychózy). Vzhledem k cílům výzkumu nebylo nutné stanovit kritérium týkající se aktuálních partnerských vztahů, proto byly do výzkumu zahrnuty osoby, které byly v době sběru dat v partnerském vztahu i osoby,

které partnera/ku neměly. Pro srovnání genderové problematiky mělo být osloveno minimálně 5 žen a 5 mužů splňujících daná kritéria.

Vzhledem k charakteristice souboru nebylo možné zvolit výběr předem danou strukturou souboru, nevhodná se zdála i metoda sněhové koule. Proto jsme zvolili výběr vzorku pomocí samovýběru v kombinaci s účelovým výběrem přes doporučení institucí pracujících s psychotickými pacienty. Díky kritériu 6 měsíční remise nebylo možné oslovovat pacienty v psychiatrických léčebnách, neboť tam se nacházejí pacienti v akutním stavu onemocnění či ve fázi remise onemocnění kratší než půl roku. Proto byly osloveny organizace (*příloha č.2*), které se zabývají podporovaným zaměstnáním (Green Doors o.s., VIDA), podporovaným bydlením (BONA o.p.s.), dále byly osloveny organizace Fous-Praha, Baobab o.s, také Terapeutická komunita v Mýtě a Psychiatrické centrum Praha. Těmto organizacím byl zaslán průvodní email krátce popisující výzkum, kritéria vzorku, informace o zaručení anonymity respondentů a informace o finanční odměně (200 Kč) za provedený rozhovor pro respondenty. Uvedený průvodní dopis rozeslaný přes email příkládám v *příloze č. 2*. Některé organizace (BONA o.p.s., Terapeutická komunita v Mýtě, Psychiatrické centrum Praha) byly osloveny osobně či přes telefon, a to především z důvodu osobní známosti nebo na osobní doporučení konkrétního pracovníka, obsah emailu jim tak byl sdělen ústně a ne písemnou formou. Uvedené informace se však významně nelišily.

Pro účely samovýběru byly vytvořeny letáky (*Příloha č.1*), které byly umístěny do organizací pracujících s pacienty se schizofrenií. Některé letáky také byly předány pracovníkům v daných organizacích, kteří oslovovali své klienty a nabízeli jim spolupráci na výzkumu. Letáky byly umístěny ve společných prostorech DPS Ondřejov, v chráněné kavárně Green Doors o.s. a v prostorách Baobab o.s. V letácích byl požadovaný věk respondentů uveden 18-30 let z důvodu preference mladých lidí se schizofrenií, nicméně na dotázání byli akceptováni respondenti do 35 let.

Z oslovených organizací se do výzkumu přihlásilo 16 osob, 2 osoby nakonec na domluvenou schůzku nedorazily, jeden respondent odmítl rozhovor po úvodním sdělení instrukcí, jedna respondentka nesplňovala nutná kritéria (diagnóza schizofrenie F20) a další respondentka měla duální diagnózu spojenou se sníženým intelektem, což bylo rovněž důvodem k vyřazení z výzkumného souboru. Nakonec se podařilo vybrat 11 osob – 6 mužů a 5 žen, kde až na výjimku byla dodržena výše uvedená kritéria. V jednom případě byla respondentka o 2 roky starší, než bylo zvolené maximální věkové kritérium. Respondentka



byla do výzkumného vzorku zahrnuta především proto, aby byla zajištěna i věková variabilita souboru, neboť se přihlásila pouze jedna respondentka starší 30 let.

Pro zajištění anonymity klientů nebudu popisovat, kteří respondenti byli osloveni díky konkrétní organizaci. Obecně lze říci, že 2 respondenti byli kontaktováni díky Terapeutické komunitě Mýto, 2 účastníci byli klienty organizace Green Doors o.s., 3 respondenti byli osloveni díky Psychiatrickému centru Praha, 2 respondenti pocházeli z chráněného bydlení v BONA o.p.s. a jeden respondent byl uživatelem služeb organizace Baobab o.s., jeden respondent byl oslovena telefonicky díky předání kontaktu (se souhlasem klientky) od mé známé psycholožky.

### 3.3. Charakteristiky respondentů

V této kapitole popíšeme, jak vypadá vybraný vzorek respondentů na základě toho, co o sobě řekli v rozhovorech. Uvádíme především demografické údaje a informace spojené s aktuálním stavem – s/bez partnerského vztahu, dále údaje spojené s léčbou a průběhem onemocnění. Získané údaje byly anonymizovány, respondenti v této kapitole vystupují pod náhodně přiřazenými čísly, aby nebyly rozpoznatelní osobami, které ví o jejich účasti v tomto výzkumu. Několik klientů (dále uvedeme konkrétně) bydlelo v době sběru dat v chráněném bydlení, někteří pak v terapeutické komunitě. Pro zajištění anonymity účastníků budu uvádět u všech těchto respondentů, že bydlí v „podporovaném bydlení“, aby nebyli jasně rozpoznatelní a byla zajištěna jejich anonymita. V tabulce č. 1 popíšeme věkové rozložení souboru, který tvořilo 5 žen a 6 mužů ve věku od 20 do 37 let.

V tabulkách č. 2 a č. 3 pak uvádíme věk, rodinný stav, partnerský vztah, diagnózu, typ bydlení, vzdělání a udělení invalidního důchodu u žen i mužů z výzkumného souboru. Pro větší přehled uvádíme popis výzkumného souboru i v narativní podobě.

**Tabulka č.1 Charakteristika souboru – věk**

<b>Průměrný věk souboru</b>	27,4
<b>Průměrný věk žen</b>	30,6
<b>Průměrný věk mužů</b>	24,7
<b>Minimální věk</b>	20
<b>Maximální věk</b>	37

**Tabulka č.2 Charakteristika souboru – ženy**

<b>Respondentky</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Věk</b>	29	27	27	37	33
<b>Typ schizofrenie</b>	simplexní	paranoidní	paranoidní	paranoidní	paranoidní
<b>Dokončené vzdělání</b>	VOŠ	VŠ	SŠ	SŠ	SŠ
<b>Stav</b>	svobodná	svobodná	svobodná	svobodná	svobodná
<b>Partnerský vztah</b>	ano	ano	ano	ne	ne
<b>Bydlení</b>	podporované	s partnerem	podporované	podporované	s rodiči
<b>Invalidní důchod</b>	ano	ne	ano	ano	ano

Použité zkratky:

ZŠ - základní škola, SŠ - střední škola s maturitou, VOŠ - vyšší odborná škola, VŠ - vysoká škola

### **Respondentka č. 1**

Respondentka č. 1 je 29 letá žena. Vystudovala vyšší odbornou školu, pracuje v chráněné práci, má přiznaný plný invalidní důchod. V době sběru dat bydlela v podporovaném bydlení. Byla svobodná, neměla dlouhodobý partnerský vztah. Její diagnóza je simplexní schizofrenie, užívá antipsychotikum (Abilify). Počátek nemoci datuje do období okolo 22 let, od té doby se léčí pouze ambulantně, nikdy nebyla hospitalizována.

### **Respondentka č. 2**

Tato respondentka je 27 letá žena, která má vystudovanou střední školu. Před sedmi lety, tedy v jejích 20 letech, jí propukla paranoidní schizofrenie. Má za sebou 5 hospitalizací, nejkratší trvala 3 měsíce, nejdelší byla i její poslední, která trvala déle než rok. Navštěvuje ambulantně psychiatrii, užívá antipsychotika a antidepresiva, přesný typ nesdělila. Uvádí, že se jí často mění medikace, chystá se docházet i na psychoterapii. Bydlí v podporovaném bydlení, kde si našla přítele, se kterým krátce chodí. Má přiznaný invalidní důchod a v době sběru dat nikde nepracovala.

### **Respondentka č. 3**

Této respondentce je 27 let. Paranoidní schizofrenie jí propukla teprve nedávno, cca před 1,5 rokem od realizace rozhovoru. Byla hospitalizována pouze jednou a to na tři měsíce. Dochází na pravidelné kontroly k psychiatrovi, snaží se dodržovat režim, užívá antipsychotikum (Leponex) a antiepileptikum (Lamictal). Invalidní důchod v současné době nepobírá, je na nemocenské, dokončila studium na vysoké škole. Má dlouhodobý vztah s přítelem. Schizofrenie jí propukla již v průběhu partnerského vztahu.

#### **Respondentka č. 4**

Je žena, které je 37 let, je svobodná, v době sběru dat nebyla v partnerském vztahu. Má vystudovanou střední školu, ale v současné době nepracuje, má přiznaný plný invalidní důchod. Bydlí v podporovaném bydlení, kde je spokojena. Má diagnostikovanou paranoidní schizofrenii, její problémy začaly, když jí bylo 21 let. Několikrát za život byla hospitalizována, uvádí, že přibližně desetkrát. Její nejdelší hospitalizace trvala rok a půl, nejkratší přibližně měsíc. Má za sebou dlouhodobou léčbu schizofrenie, pracovní terapii, práci v chráněné kavárně, bydlela i v různých chráněných bydleních. Ambulantně navštěvuje psychiatrii, udává, že užívá několik psychofarmak - antipsychotika (Leponex, Solian, Abilify), antiepileptika (Valproat) a antiparkinsonika (Akineton).

#### **Respondentka č. 5**

Této respondentce je 33 let, je svobodná a bez partnera. Má diagnostikovanou paranoidní schizofrenii, která jí propukla v posledním ročníku studia na vysoké škole, v 25 letech. Po první atace byla na 8 měsíců hospitalizována, od té doby se léčí ambulantně. Dochází k psychiatrovi, užívá antipsychotikum (Abilify, Zeldox) a antiepileptikum (Rivotril), pravidelně navštěvuje také psychologa, účastní se také programu sociální rehabilitace. Má ukončenou střední školu a studuje na vysoké škole. Má přiznaný invalidní důchod a zároveň doučuje cizí jazyk. Bydlí s matkou, se kterou si momentálně moc nerozumí a ráda by toto změnila.

**Tabulka č.3 Charakteristika souboru – muži**

<b>Respondenti</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Věk</b>	24	29	21	25	20	29
<b>Typ schizofrenie</b>	nediferencovaná	paranoidní	paranoidní	paranoidní	paranoidní	paranoidní
<b>Dokončené vzdělání</b>	SŠ, student VŠ	SŠ	ZŠ	SŠ	ZŠ	SŠ
<b>Stav</b>	svobodný	svobodný	svobodný	svobodný	svobodný	svobodný
<b>Partnerský vztah</b>	ne	ano	ano	ne	ne	ne
<b>Bydlení</b>	podporované	s přáteli	s rodiči	podporované	s rodiči	podporované
<b>Invalidní důchod</b>	ano	ano	ano	ano	ne	ano

Použité zkratky:

ZŠ - základní škola, SŠ - střední škola s maturitou, VŠ - vysoká škola

### **Respondent č. 1**

Tomuto respondentovi je 24 let, jeho diagnóza je nediferencovaná schizofrenie. Za svůj život byl dvakrát hospitalizován, pokaždé na dobu dvou měsíců. Jeho problémy začaly už na střední škole a dlouhé měsíce měly nespecifické projevy. Střední školu dostudoval, dnes studuje vysokou školu. V současné době dochází na individuální psychoterapii a k psychiatrovi ambulantně. Užívá antipsychotika (Leponex, Risperdal), antidepresiva (Sertralin) a antiepileptika (Valproat). Je svobodný, v době kdy rozhovor probíhal, neměl přítelkyni, ale stál o to mít vztah.

### **Respondent č. 2**

Tomuto respondentovi je 29 let, má vystudovanou střední školu s maturitou. V době sběru dat byl v partnerském vztahu již 7 měsíců, s přítelkyní se seznámili v podporovaném bydlení, kde dříve spolu bydleli. Nyní bydlí s rodiči, pracuje v chráněném zaměstnání. Jeho diagnóza je schizofrenie, avšak nezná subtyp, jakým trpí, na základě rozhovoru je však pravděpodobné, že se jedná o paranoidní schizofrenii. Jeho potíže začaly v 15 letech, kdy ho tři roky trápily čichové bludy, měl pocit, že zapáchá, od 18 let dochází k psychologovi. Jednou měsíčně navštěvuje psychiatra, užívá antipsychotikum (Abilify), antidepresivum (Argofan) a antiparkinsonikum (Akineton). Jednou týdně chodí na individuální psychoterapii, zároveň je klientem pracovní terapie.

### **Respondent č. 3**

Tomuto respondentovi je 21 let. Paranoidní schizofrenie u něj vypukla v jeho 18 letech, byl hospitalizován pouze jednou. Rodiče ho od té doby velmi podporují v léčbě, stejně tak jeho přítelkyně, se kterou začal chodit již před vznikem první ataky. V době sběru dat bydlel se svými přáteli, zvažoval však bydlení s přítelkyní, se kterou již dříve, před vznikem ataky, bydlel. Nyní dochází ambulantně k psychiatrovi a do stacionáře. Užívá antipsychotikum (Leponex) a antiepileptikum (Rivotril).

### **Respondent č. 4**

Tento respondent je 25 letý muž, který má diagnostikovanou paranoidní schizofrenii. Má vystudovanou střední školu s maturitou. Jeho potíže propukly v 18 letech, od té doby byl dvakrát hospitalizován. V době sběru dat nepracoval, pobíral plný invalidní důchod, bydlel v podporovaném bydlení. Byl dlouhodobě bez přítelkyně, svobodný. Pravidelně navštěvuje ambulantně psychiatra, užívá antipsychotika (Zyprexa, Dogmatil).

### **Respondent č. 5**

Nejmladšímu respondentovi souboru je 20 let, studuje střední školu, jeho dokončené vzdělání je tedy (pochopitelně i z důvodu věku) zatím pouze základní. Má diagnostikovanou paranoidní schizofrenii, avšak svou diagnózu přesně nezná (respondent byl doporučen jeho psychiatrem, který mi sdělil přesnou diagnózu). Klient před 2 lety dostal svou první ataku, poté byl poprvé a naposledy hospitalizován na dva měsíce. Užívá antipsychotika (výzkumná studie nového léku). V době rozhovoru neměl partnerku, ale přál si ji mít. Bydlí se svou rodinou, se kterou dobře vychází.

### **Respondent č. 6**

Respondentovi je 29 let, má diagnostikovanou paranoidní schizofrenii. Jeho potíže začaly, když mu bylo okolo 23 let, kdy se dostal do manických stavů, v tu dobu zažil svůj první kontakt s psychiatrií. Po dvou letech dostal svou první ataku. Od té doby byl několikrát hospitalizován, naposledy po dobu 14 měsíců. Ve své anamnéze má drogovou závislost. Aktuálně návykové látky neužívá, z psychofarmak má předepsané antipsychotikum (Leponex, Fluanxol, Abilify), dále antiparkinsonikum (Akineton) a antiepileptikum (Rivotril). V době sběru dat bydlel v podporovaném bydlení. Partnerku v té době neměl, ani se nevidal pravidelně s větším množstvím přátel. S rodinou udržuje dobré vztahy. Má přiznaný plný invalidní důchod, nikde nepracuje. Respondent má vystudovanou střední školu.

Z popisu výzkumného souboru vyplývá, že jde o skupinu dostatečně různorodou, ale zároveň i homogenní pro kvalitativní výzkum o partnerských vztazích u schizofrenních osob. Homogenita se projevuje především v diagnóze respondentů (F20), většina respondentů je ve věku mladé dospělosti, pro které je charakteristické hledání si a udržování partnerských vztahů. Všichni respondenti jsou svobodní, 5 z nich je v partnerském vztahu, 6 respondentů je bez partnera. Výhodou tohoto souboru je i genderové rozdělení, v souboru je 5 žen a 6 mužů.

## 4. Sběr dat a jejich zpracování

### 4.1. Sběr výzkumného materiálu

Rozhovory proběhly v průběhu měsíců února až června roku 2012. Během těchto měsíců byl také pořizován doslovný přepis zrealizovaných rozhovorů (viz. příložený CD-ROM). Jednotliví účastníci byli osloveni jejich psychiatry, psychology či terapeuty, pokud šlo o předání kontaktu přes organizaci, případně se respondenti ozývali pomocí emailu či telefonu na uvedené kontakty v letáku. Respondenti byli informováni o tématu výzkumu, anonymním zpracování, účelu rozhovoru, jeho délce (90-120 min) a také o nabízené odměně (200 Kč). Poté jsme telefonicky domlouvali termín schůzky a místo. Respondentům bylo nabídnuto, aby si vybrali sami místo schůzky, které jim vyhovuje. Ve 4 případech se rozhovor odehrál v podporovaném bydlení respondenta, obvykle na jeho pokoji. Tři respondenti zvolili jako místo schůzky kavárnu, nejčastěji chráněnou. Ve dvou případech jsme rozhovor realizovali v teplých jarních měsících venku na odlehlé lavičce v parku, která zajišťovala dostatek soukromí. Ve dvou případech jsme měli tu možnost se sejít v místnosti organizace Green Doors o.s.

Rozhovor probíhal tak, že po vzájemném představení se a opakovaném stručném seznámení se s projektem, byl respondent informován o tom, jak bude se získanými daty naloženo, kdo bude mít přístup k neanonymizovaným datům a jak bude probíhat jejich anonymizace. Respondent byl poučen o tom, že se kdykoli může vzdát účasti na výzkumu, nemusí odpovídat na otázky, které by mu přišly nevhodné, příliš intimní či nepříjemné. Respondenti byli požádáni o to, aby si hlídali své hranice a byli informováni o tom, že se jedná o rozhovor, který by neměl být v žádném případě nepříjemný. Proto v případě, že se nebudou cítit dobře, mají mě (výzkumník) informovat a rozhovor přerušíme, či je možné si dát pauzu. Respondenti byli také informováni o tom, že se jedná o dlouhý rozhovor (90-120 min), proto se nemají obávat si říci o přestávku, kdykoli ji budou potřebovat. Až na dva respondenty této možnosti využili všichni, někteří potřebovali i více přestávek.

Po úvodních informacích byli, v případě souhlasu s účastí ve výzkumu, respondenti požádáni o podpis informovaného souhlasu (*příloha č.3*). Jeden respondent v této fázi od výzkumu odstoupil. Ostatní podepsali informovaný souhlas s výzkumem. Nikdo nevyužil možnosti odstoupit od výzkumu v jeho průběhu. Součástí informovaného souhlasu byl i souhlas se zaznamenáváním rozhovoru na diktafon. Účastníci udělili souhlas s pořízením

audio záznamu. Po této fázi jsem vždy zapnula diktafon. Proběhl rozhovor popsáný v následující kapitole. Na konci jsem se ujistila, že se respondent cítí dobře, má možnost si odpočinout a nepotřebuje psychologickou či jinou pomoc. Všichni respondenti udávali, že je jim dobře, někteří zmínili, že byl rozhovor pro ně náročný a jsou unaveni, ale všichni se cítili dobře, když odcházeli.

## 4.2. Osnova rozhovoru

Rozhovor byl polostrukturovaný, všem jsem položila několik stejných otázek a v průběhu rozhovoru jsem situačně kladla doplňující otázky. Připravený polostrukturovaný rozhovor byl objemný, obsahoval přes 50 otázek (*příloha č.4*). Na některé z nich odpovídali respondenti v průběhu rozhovoru spontánně, proto jsem je nepokládala všechny. V průběhu rozhovoru byly využity dva formuláře (nadále je budu nazývat dotazníky, s vědomím, že se nejedná o dotazník v metodologicky korektním slova smyslu) – „Dotazník dosavadních sexuálních zkušeností“ (*příloha č.5*) a „Dotazník do seznamky“ (*příloha č.6*).

„Dotazník dosavadních sexuálních zkušeností“ je upravený a zkrácený dotazník využitý ve výzkumu Weisse a Zvěřiny (2001) a to jak verze určená pro ženy, tak pro muže. Dotazník byl zkrácen a doplněn o škálu spokojenosti se sexuálním životem (*příloha č.5*). Tento dotazník byl zařazen pro získání bohatších dat a zajištění více zdrojů výzkumu. Také lze předpokládat, že bude pro pacienty se schizofrenií příjemnější se o sexualitě nebavit a uvést tyto údaje „pouze na papíře“. Je však, stejně jako polostrukturovaný rozhovor, využitelný pouze ke kvalitativní analýze a deskripci souboru.

„Dotazník do seznamky“ (*příloha č.6*) je upravený formulář určený k přihlášení se do internetové seznamky dostupné na <http://znamost.cz/seznamka.php>. Tento dotazník byl zkrácen a využit pro analýzu volnočasových aktivit a zhodnocení sebepojetí. Nejdůležitější efekt splnil v otázce „Co by mohlo potencionální/ho partnera/ku na vás zaujmout“.

Samotná struktura rozhovoru probíhala následovně (neuvádím veškeré otázky určené k polostrukturovanému rozhovoru, jsou uvedeny v *příloze č.4*). První otázky směřovaly k zjištění prvních asociací na vztahy a partnerské vztahy obecně.

*Co vás napadne, když se řekne vztah?*

*Když se řekne partnerský vztah, co si pod tím představíte?*

Další otázky směřovaly ke zjištění důležitosti vztahů a ke zmapování sociálních vztahů, které pacienti se schizofrenií mají. Dále byli požádáni o vybrání 6 nejdůležitějších



vztahů, jejich napsání na předem připravené kartičky a jejich přiřazení do pyramidy (příloha č.7), s tím, že na vrcholu měl být vztah pro ně v současné době nejdůležitější, vespod pak ty vztahy, které jsou také důležité, ale o něco méně.

*Jsou pro vás vztahy důležité? Jaké vztahy máte, které jsou pro vás významné? Mám zde několik kartiček, napište mi prosím typy vztahů, jaké máte, v jakých jste. Můžete teď doplnit tyto kartičky do této pyramidy, na jejím vrcholku bude vztah, na kterém vám nejvíce záleží, vespod jsou pak vztahy, které jsou pro vás méně důležité?*

Rozhovor se dále orientoval na to, zda je pro respondenty důležitý i partnerský vztah a v čem. Mapovala jsem výhody i nevýhody partnerského vztahu, co respondenty na partnerství těší i čeho se obávají.

*Je pro vás důležité mít partnera? V čem to je pro vás důležité? A proč? Co pro vás takový vztah znamená? V čem to pro vás není důležité mít partnera? V čem je to zanedbatelné? Proč? Jaké jsou výhody toho, mít partnera, být ve vztahu? A jaké vidíte nevýhody? Co by vám takový vztah mohl dávat? Co by vám naopak mohl brát? Je něco, čeho byste se ve vztahu mohl/a obávat? A něco, co vás na vztahu těší? Jaké jsou vaše největší radosti?*

Dále jsem se ptala na spokojenost se současným partnerským životem. A na případné změny, na to, zda by nezadaní měli o partnerský vztah zájem, či u zadaných, zda jsou spokojeni se vztahem, ve kterém jsou.

*Jak jste spokojen/a s vaším partnerským životem? Chtěl/a byste něco změnit? A co?*

Dotazovala jsem se na spokojenost se životem celkově. Respondenti měli na škále (příloha č.8) označit, jak se cítí spokojeni. Doptávala jsem se, co jejich životní spokojenost tvoří i co jim chybí.

*Co by se mohlo změnit? Co by se muselo stát, abyste označil/a více, co naopak, aby méně?*

Další otázky směřovaly k motivaci ke vztahům a především k představě ideálního vztahu a ideálního partnera, což nám umožňuje zjišťovat nároky respondentů, jejich očekávání a přání. Respondenti si měli představit ideální vztah, dále jim byly pokládány následující doplňující otázky:

*Jak by váš vztah vypadal? Jak by vypadal/a váš/e partner/ka? Co by rád dělal? Jak by vypadal 1 den ve vašem ideálním vztahu? Zkuste mi ho popsat. Co byste dělali s partnerem společně a co každý zvlášť? Jak by vypadal váš vztah? Co by vás na něm nejvíce těšilo? Máte děti? Žijete společně? Kde?*

Dále jsme se ptali na očekávání ve vztahu, na to, zda by nezadaní chtěli vztah a zadaní byli dotazováni, zda se jejich současný partner liší od ideálu, v čem a co by se mohlo

změnit. Dále jsme se ptali, zda respondenti preferují partnera zdravého nebo se zkušeností s duševní nemocí či jiným handicapem. Další otázky směřovaly k tomu, co by to do vztahu přinášelo a v čem by ho to mohlo komplikovat.

*Chtěl/a byste vztah? Co byste od něj očekával/a? Kdyby se zítra objevil váš partner snů, šel/šla byste do vztahu? Co od partnerky/partnera ve vztahu očekáváte? Co myslíte, že partner ve vztahu očekává od vás? Máte představu, jaké vlastnosti by vaší partnerce/partnerovi neměly chybět? Proč zrovna tyto? Preferoval/a byste partnera zdravého nebo spíše někoho, kdo má handicap, ať už fyzický či psychický? Preferoval/a byste někoho, kdo má zkušenost s duševním onemocněním? V čem myslíte, že by to vašemu vztahu pomáhalo? Co pozitivního by to přineslo do vašeho vztahu? V čem by ho to mohlo komplikovat? Co byste od partnera/partnerky očekávala vzhledem k vaší nemoci?*

Následující blok otázek se zaměřoval na to, zda se v představě respondentů liší vztahy zdravých lidí a duševně nemocných. Také jsem se ptala, co by respondenti potřebovali, aby mohli navazovat a udržovat partnerské vztahy, a zda by tomu mohla nějak přispět i společnost nebo odborná veřejnost.

*Jak by vypadal váš vztah, kdybyste se ráno probudil a zázrakem byste byl/a zdravý/á? Co by se změnilo? Jak podle vás vypadá vztah zdravých lidí? Co by vám konkrétně pomohlo, aby toto mohlo nastat? Jak by vám společnost mohla pomoci? Co byste potřeboval/a?*

Následující blok byl zaměřen na dosavadní zkušenosti s partnerským životem respondentů. Mapovala jsem, jak vypadal jeden partnerský vztah, jejich seznámení, průběh vztahu a případné ukončení vztahu. Dále jsem se ptala, zda partneři věděli o respondentově diagnóze, a jak toto zjištění probíhalo, i jaké situace to do života respondentů přineslo. Pokud se respondenti nechtěli o partnerském vztahu bavit, nebo žádný neměli, vybírali jsme vztah přátelský.

*Jaké jsou vaše zkušenosti s partnerským životem? Měl/a jste už někdy partnerský vztah? Ne – Jaký vztah ve vašem životě se partnerskému nejvíce podobal? Jak vypadal? Kde jste se seznámili? Jak probíhalo vaše seznámení? Jak dlouho váš vztah trval? Žili jste spolu? Co myslíte, že vedlo ke skončení vašeho vztahu? Pociťoval/a jste v některé fázi vztahu nejistotu? Věděl partner o vaší diagnóze? Kdy a jak jste mu to řekl/a?*

V další fázi rozhovoru jsem respondenty poprosila o vyplnění „Dotazníku sexuálních zkušeností“ (příloha č.5). Na konci dotazníku je uvedena škála spokojenosti se sexuálním životem, kde uváděli respondenti svou aktuální spokojenost se sexuálním životem

a co by případně chtěli změnit, aby byla jejich spokojenost vyšší. Dále jsem se ptala na následující otázky:

*Jaký význam pro vás má sex? Je pro vás sex ve vztahu důležitý?*

Partnerské vztahy se různě vyvíjejí a každý člověk může vývoj vztahu vnímat jinak. Od úvodního seznámení, přes první polibek až po první sex, přes chození i společné soužití, až po manželství i založení rodiny. Udané pořadí je však pouze ilustrativní a každý člověk může preferovat různé pořadí těchto fází. Zajímá mě, jak tyto fáze vidí osoby se schizofrenií, proto měli za úkol si představit, že píší knihu o vztazích, přičemž každá kapitola knihy by popisovala jednu fázi vztahu. Pokud to respondenti zvládli, měli přiřadit i názvy kapitol. Dále jsme se ptali na to, kterou fázi vztahu považují respondenti za nejtrapnější, nejtěžší a nejhezčí.

*Nyní si představte, že píšete knihu o vztazích, představte si, že každá kapitola knihy by byla jedna fáze nebo etapa vztahu. Jaké kapitoly by v této knize byly? Jak byste je nazval/a? Jakou fázi považujete za nejtěžší? A jakou za nejtrapnější? A jaká fáze vám přijde nejhezčí?*

Následující otázky směřovaly k popsání procesu seznamování. Ptala jsem se na to, jak respondenti projevují zájem o partnera, jak poznají, když někdo projeví zájem o ně, na jejich zkušenosti se seznamováním se. Také jsme se dostali ke komplikované části vztahu a to jeho skončení v případě ztráty zájmu o partnera.

*Máte příležitost k seznámení se s novými lidmi a případným partnerem/partnerkou? Chcete se seznamovat? Poznáte, když o vás někdo projeví zájem? Jak projevíte zájem vy? Jak to v reálu vypadá? Kdy zájem projevíte? Po jak dlouhé době se tak stane? Vybavíte si nějakou situaci, kdy jste o někoho projevil/a zájem? Jak to vypadalo? Stalo se vám někdy, že jste ztratil/a zájem o to být s partnerem/partnerkou? Jak vztah skončíte? Je to pro vás snadné nebo naopak těžké? V čem? Proč?*

Po této sadě otázek jsem respondenty požádala o vyplnění „Dotazníku do seznamky“(příloha č.6). Byli informováni o tom, že je tento dotazník určen pouze pro výzkumné účely, a stejně jako ostatní informace, nebude nikde zneužit. Tedy, že se tímto do žádné seznamky nepřihlašují. Po vyplnění dotazníku jsem se ptala, co by mohlo zaujmout potenciálního partnera, a doptávala jsem se, které z označených volnočasových aktivit skutečně provozují a jak často.

Poslední blok otázek se věnoval zmapování průběhu nemoci a také tomu, jak schizofrenie ovlivňuje partnerské vztahy, zda přijde respondentům zdravější být ve vztahu či naopak.

*Jaká je vaše diagnóza (duševní nemoc)? Kdy přibližně vaše psychické problémy začaly? Jak probíhá vaše léčba? Byl jste hospitalizován? Berete léky? Existují nějaké nežádoucí účinky, které by vám komplikovaly váš život? V čem vám ho komplikují? Někdy určité léky zneprůjemňují i sexuální život, týká se tento problém i vás? Jak? V některých výzkumech vyšlo, že lidem vztahy pomáhají v jejich léčbě a v některých zase, že ne, jak to máte vy? Myslíte si, že je pro vás „zdravější“ být ve vztahu nebo naopak žádný vztah nemít? Pomáhá vám váš vztah v léčbě? A jak? V čem konkrétně? Myslíte si, že by vám vztah mohl komplikovat léčbu?*

Poslední otázka směřovala k asociacím na vztah, kdy respondenti měli za úkol připodobnit vztah ke krajině.

*Představte si nyní, že byste měl/a vztah připodobnit ke krajině. Jak by tato krajina vypadala? Co by v ní bylo?*

Po této fázi rozhovoru jsem se ptala už jen na demografická data, s využitím připravené tabulky (příloha č.9).

#### **4.3. Přepis rozhovorů a práce se záznamem**

Rozhovor s respondenty tak, jak v realitě proběhl, byl jedinečný a neopakovatelný. Aby mohl být rozhovor analyzován, byla vytvořena audio nahrávka za pomoci digitálního diktafonu. Přepis rozhovoru probíhal pomocí programu F4 určeného právě k transkripci audio záznamů. Doslovná transkripce by byla příliš časově nákladná, neboť rozhovory trvaly často až 2 hodiny. Proto byl využit typ transkripce podobný „shrnujícímu protokolu“, jak uvádí Hendl (2005). Tato technika nezachovává celý text, již při poslechu audio záznamu se provádí jistý typ shrnutí. V našem případě se jednalo především o vypuštění výpovědí, které nesouvisely s tématem partnerských vztahů a zároveň se opakovaly. Data jsou tedy zachovalá, ale redukována. Přepisovaná data byla také obsahově vázána. Odpovědi respondentů jsou zachovány v podobě, v jaké byly sděleny, pouze otázky tazatele byly v některých případech vypuštěny, pokud to původní (zachovalá) otázka dovoľovala a odpověď respondenta tak stále dává smysl. Lze tedy říci, že to nejdůležitější, tedy výpovědi respondentů jsou zachovány v původní podobě, avšak ne všechny doplňující otázky tazatele jsou uvedeny. Mnoho otázek bylo také položeno pro navázání lepšího kontaktu s respondentem, pro analýzu proto nejsou významné. V několika případech došlo i k jazykovým úpravám, tyto úpravy však nemají vliv na autenticitu textu, slouží pouze k lepšímu pochopení sdělení respondentů. Zachován bych také slang a specifické

i nespisovné vyjadřování respondentů i tazatele, což přispívá k autenticitě a věrohodnosti textu. V několika případech byly zaznamenány dlouhé latence, které dle subjektivního hodnocení výzkumníka jsou významné, na rozdíl od jiných, souvisejících spíše s únavou respondentů či se symptomy nemoci. V průběhu rozhovoru se vyskytovaly audiem nezachytitelné projevy neverbální komunikace, které nejsou zaznamenány ani v transkriptech. Transkribované rozhovory naleznete v příloze (příložený CD-ROM).

#### **4.4. Zpracování za použití zvolených metod**

Při zpracování dat používám výše zmíněnou metodu IPA pro všechny zrealizované rozhovory. V první řadě jsem několikrát přečetla transkripty v písemné podobě a zapisovala si poznámky a komentáře. Dále jsem v papírové formě, dle doporučení autorů IPA (viz. kapitola 6 Popis použitých metod), zanesla témata, která se vynořila z daných poznámek. V další fázi jsem nahrála přepsané transkripty do softwarového programu určeného pro kvalitativní analýzu dat Atlas.ti 7. Fázi druhou, tedy vytváření témat pomocí kódování, jsem provedla znovu za pomoci uvedeného programu s několikadenním časovým odstupem. Vytvořená témata uváděná v analýze dat jsou tedy výsledkem opětovného kódování, což zvyšuje spolehlivost výzkumu.

#### **4.5. Reliabilita, validita a triangulace**

Pro zajištění spolehlivosti výzkumu (reliability) bylo splněno několik kritérií. Nepochybně jsou to bohatá data, která byla kvalitně přepsána a jsou uvedena v přílohách (příložený CD-ROM). Čtenář tak má možnost ověřit si sám závěry tohoto výzkumu. Otázky, které byly respondentům pokládány v rámci polostrukturovaného rozhovoru (*příloha č.4*), byly konzistentní a účastníci jim dobře porozuměli. Kritériem, které zvyšuje spolehlivost uváděného výzkumu, je nepochybně konzistence v kódování. Bylo užito opětovné kódování za využití počítačového programu Atlas.ti 7, který dopomáhá k pečlivé analýze dat a zaručuje konzistenci kódování.

V kvalitativním výzkumu se více než o validitě hovoří o pravdivosti a platnosti výzkumu a celého výzkumného procesu. „Atribut pravdivý znamená, že nálezy reprezentují jevy, ke kterým odkazují. Atribut platný znamená, že zjištěné nálezy jsou podepřeny důkazy. Pravdivost je kritérium, jež odděluje dobrý výzkum od špatného, a to vždy, s ohledem na vědeckou komunitu (Švaříček, 2007, s. 31).

Následující kritéria zvyšují platnost a pravdivost získaných dat. Především byl pečlivě zvolen výzkumný vzorek. Jedná se o respondenty, pro které je téma partnerských vztahů aktuální. Dalším kritériem zvyšujícím validitu výzkumu je užití programu Atlas.ti 7 při zpracování výzkumu, který zajišťuje konzistentní postup při kódování i analýze dat. Pravdivost výzkumu dokládají i užívané přímé citace z textu, které dokreslují subjektivní realitu respondentů. Byl dodržen fenomenologický interpretační rámec, s využitím metody IPA v celém průběhu analýzy dat.

Nejčastější metodou, která je používána ke zvýšení validity, je tzv. triangulace. Triangulací se rozumí srovnávání výsledků při použití několika různých metod nebo zdrojů dat, účast více tazatelů, neboť každý z nich poskytuje vlastní popis a interpretace, a konečně interpretace dat z různých teoretických perspektiv. Triangulace pomáhá kontrolovat integritu dat i výsledků z nich odvozených a překonat tak zkreslení při užití jediné metody, jediného pozorovatele nebo jediné teorie (Hendl, 2005).

V našem výzkumu byla využita především triangulace datová. Otázek směřujících k zodpovězení výzkumných otázek bylo mnoho, často jsme se dotazovali opakovaně, abychom daný fenomén prozkoumali z více stran. Ke zvýšení triangulace dat dopomáhají také výše zmíněné dotazníky (*příloha č.5 a č.6*), které zajišťují bohatost a rozmanitost použitých metod sběru dat. Rovněž byly využity různé styly dotazování a zjišťování informací, jako je metoda „pyramidy vztahů“, připodobnění ke krajině nebo popis vývoje partnerského vztahu jako kapitol knihy. Volba bohatých metod a způsobů dotazování přispívá k vyšší validitě výzkumu. Nevýhodou je, že byl přítomen pouze jeden tazatel, který prováděl polostrukturované rozhovory s respondenty. Kvalitu výzkumu však zvyšuje pečlivé zpracování každé fáze výzkumu a bohatý popis postupů a zvolených metod.

## 5. Analýza přepisů rozhovorů

Analýza přepisů rozhovorů, která je obsahem této kapitoly, probíhá v několika krocích. Nejdříve je analyzován každý rozhovor metodou IPA pomocí počítačového programu Atlas.ti 7. Každému důležitému sdělení respondentů je přiřazen kód, tedy běžná slova, slovní spojení či odborné termíny odpovídající obsahu sdělení respondentů. Jsou také využívány tzv. vivo kódy, které odpovídají citacím z transkriptů rozhovorů. Nejprve byl analyzován každý rozhovor, postupně byly přiřazovány kategorie již existující a přidávány nové. Bylo vytvořeno bezmála 500 kódů, které byly později redukovány, sdružovány a kategorizovány. Byly tak vytvořeny nové kategorické a tematické celky, které uvádíme v narativní podobě. Vzhledem k rozsahu diplomové práce neuvádíme fenomenologickou analýzu každého rozhovoru, ale pouze analýzu celkovou napříč všemi 11 rozhovory. Závěry a výsledná tvrzení vyplývající z fenomenologické analýzy uvádíme v narativní podobě a dokresluje je konkrétními citacemi z transkribovaných rozhovorů, vždy uvádíme jméno respondenta a číslo řádku, na kterém lze nalézt danou citaci v transkriptech (viz. příložený CD-ROM). Například „(Andrea, 21)“ znamená, že citaci lze nalézt v rozhovoru „Andrea“ na řádku č. 21. V rámci analýzy transkriptů se také objevují čísla v závorkách (5), která udávají, jaký počet respondentů tvrdí dané sdělení. Tedy (5) znamená, že se k dané problematice vyjádřilo 5 respondentů ze souboru.

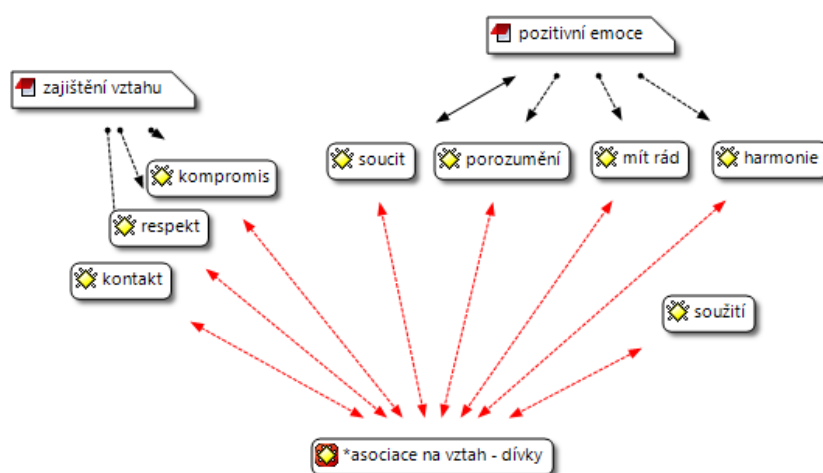
Poté jsou analyzovány Dotazníky dosavadních sexuálních zkušeností, výsledkem je deskriptivní popis dosavadních sexuálních zkušeností respondentů. V další části jsou analyzovány Dotazníky do seznamky z hlediska zájmů klientů a toho, co by mohlo partnera zaujmout (sebehodnocení). Analytický proces uzavírá souhrnná analýza všech zdrojů dat získaných od respondentů. Již při realizaci rozhovorů se ukázalo, že partnerské vztahy vnímají ženy i muži odlišně. Proto v některých případech uvádíme analýzu pro kategorii muži (6 respondentů – Blažej, Daniel, Eda, Gabriel, Hynek, Ivan) a ženy (5 respondentů – Andrea, Cecílie, Františka, Jana, Klára).

Kvalitativní analýza, tak jak ji provádím, je cyklický proces. Analýza probíhá tak, že se od jednotlivostí, konkrétních sdělení respondentů dostáváme s každým krokem na vyšší a obecnější úroveň. Je nutné se neustále vracet k přepisům rozhovorů a k předchozím krokům, abychom mohli ospravedlnit jednotlivé interpretace a závěry.

## 5.1. První asociace na vztah a partnerský vztah

Než popíšeme, co pro pacienty znamenají partnerské vztahy, podíváme se, co asociují ženy i muži z výzkumného vzorku na slovo „vztah“. Tyto první asociace nás často vedou k podstatě vnímání vztahů, zajímá nás, zda respondenti vnímají vztahy spíše pozitivně nebo negativně. Pro ženy jsou vztahy především o **pozitivních emocích** (soucit, harmonie, porozumění, mít rád) a o **zajištění vztahu** (jsou potřeba kompromisy, respekt), v porovnání s muži zmiňují méně kategorií, jak je vidět z následujících schémat.

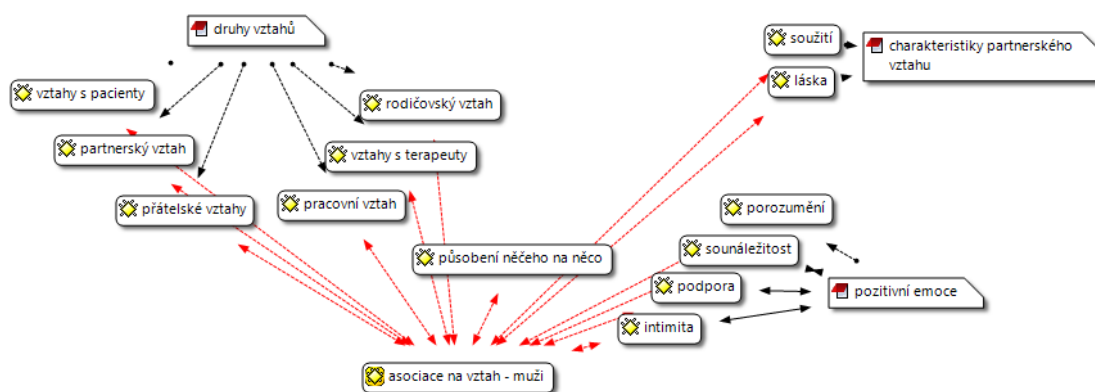
Tabulka č.4 Schéma asociace na „vztah“ - ženy



Muži se na jednu stranu na vztahy dívají **nezaujatě, bez emocí** („vztah je působení něčeho na něco“). Popisují častěji **druhy vztahů** (partnerské, přátelské, rodinné, pracovní, vztahy s pacienty nebo terapeuti), a dále už na slovo vztah asociují charakteristiky odpovídající spíše **partnerským vztahům** (soužití, láska). Na druhou stranu však, stejně jako ženy, uvádějí slova odpovídající **pozitivním pocitům** (porozumění, sounáležitost, podpora, intimita).



Tabulka č.5 Schéma asociace na „vztah“ -muži

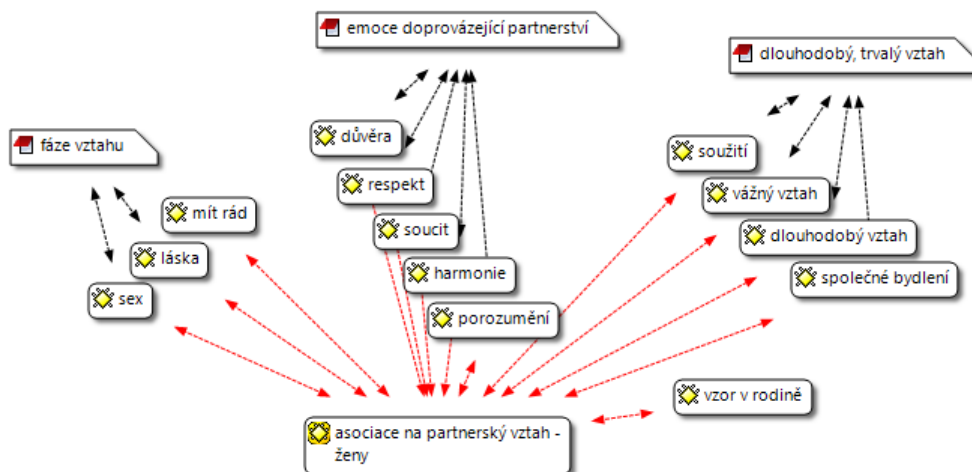


Zajímavá je asociace respondenta Daniela, který si ihned představí partnerské vztahy a popisuje, že v partnerských vztazích je nejzákladnější sdílení, ale je potřeba také dát sebe, odevzdat se, budovat vztahy a tím i omezit sám sebe.

*...něco dát ze sebe, otevřít se, taky, trochu sebeomezení, ne v negativním smyslu, ale spíš za účelem, že směřuji k něčemu, kde se budu opravdu realizovat, ne tak, jak bych to dělal, kdybych byl sám, nebo když jsem sám, nějaké sdílení se mi vybaví jako nejzákladnější. (Daniel, 7)*

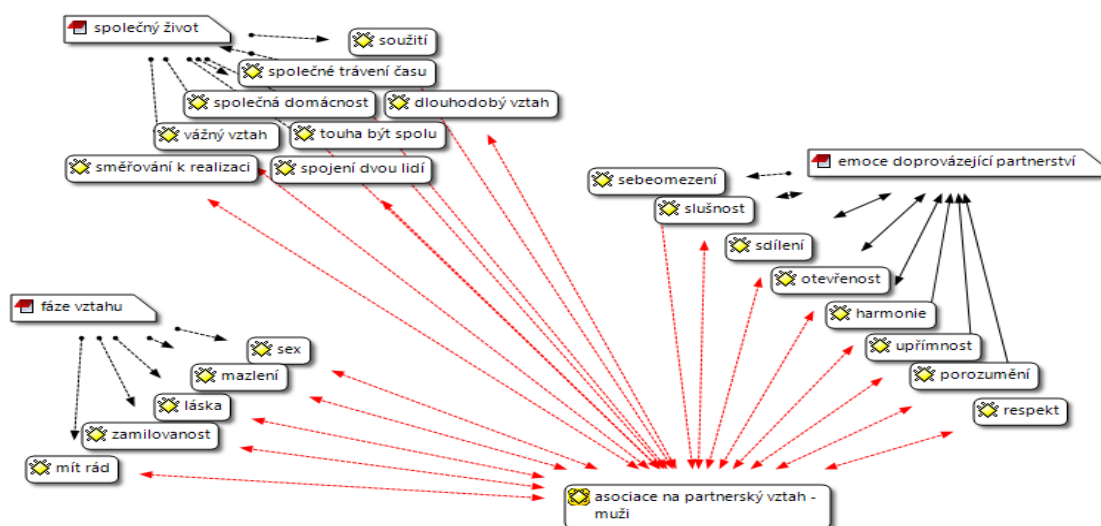
Dále nás zajímaly asociace respondentů na slovo „partnerský vztah“. Ženy napadají první asociace na partnerský vztah týkající se **pozitivních emocí**, jako je **harmonie**, **porozumění**, **důvěra**, **podpora** nebo **soucit**. Vybaví se jim také **dlouhodobé vztahy** a **společné bydlení**. Partnerský vztah je pro ně spojen také s popisem fází vztahu, jako je „**mít rád**“, **láska** a **sex**. Jedné klientce se vybaví představa ideálního vztahu jejího bratra, tedy vzor, jaký zná ze své rodiny.

Tabulka č.6 Schéma asociace na „partnerský vztah“ - ženy



Muži opět (stejně jako u asociace na vztah) nabízí více asociací než ženy. Partnerský vztah jsou pro ně fáze vztahu, jako je „mít rád“, zamilování, láska, ale také fyzické projevy lásky, jako je mazlení nebo sex. Stejně jako pro ženy je pro ně partnerský vztah charakterizován společným životem, bydlením, společným trávením času a touhou být spolu a budovat vztah. I pro muže mají partnerské vztahy pozitivní emoční náboj, do partnerství dle nich patří respekt, porozumění, sdílení, otevřenost a harmonie.

Tabulka č.7 Schéma asociace na „partnerský vztah“ – muži



Asociace mužů i žen z výzkumného vzorku na partnerské vztahy i vztahy obecně jsou v zásadě podobné. Respondenti mají partnerské vztahy spojené s kladnými emocemi.

## 5.2. Důležitost sociálních vztahů

Respondenti byli dotazováni, zda jsou pro ně důležité vztahy s lidmi a s jakými. Shodně popisovali, že jsou pro ně mezilidské vztahy v žebříčku hodnot důležité.

### 5.2.1. Typ vztahů

Většina respondentů (9) sdělila, že jsou pro ně sociální vztahy důležité.

*...rád vycházím dobře s lidmi a jsem rád ve společnosti lidí, kteří mne mají rádi, se kterými si sedneme, navzájem, působím možná jako introvert a asi jsem, ale jsem rozhodně rád, když mám s kým trávit čas a mezilidské vztahy jsou pro mne důležité.*

(Hynek, 7)

Ve většině případů (9) jsou sociální vztahy pro respondenty důležité ve vztahu k jejich nemoci a léčbě. Potřebují podporu a pochopení od svého okolí. Dva respondenti naopak uvádí, že před nástupem nemoci pro ně byly sociální vztahy důležitější než dnes, když se léčí ze schizofrenie.

*(o tom, zda jsou vztahy důležité) ...Dřív byly, teď už ne. Zaprvé jsou to ty emoce a zadruhé, já mám tu schizofrenii, a mám hlasy, takže se někdy na nějakou určitou věc nemůžu soustředit, pak nemůžu pít, i když já si občas dám, a nechtěl bych, teď, já jsem měl takový problém, že jsem měl trochu fobii z lidí, že jsem nemohl nikam chodit sám. (Gabriel, 9)*

*Určitě, ale jsou pro mě méně důležité než předtím, co jsem nebyl nemocnej. Tenkrát pro mě byly důležitější. (Blažej, 15)*

Mezi 6 nejdůležitějších vztahů patřila vždy **primární rodina**, která byla pro respondenty nejdůležitější, dále **vztahy partnerské, přátelské, pracovní, s terapeuty, spolupacienty** atd. V následující tabulce (Tabulka č. 7) uvádíme hierarchii typů vztahů, které jsou pro respondenty nejdůležitější dle četnosti výskytu.

**Tabulka č.8 Vztahy - přehledu četnosti nejdůležitějších typů vztahů**

typ vztahu	počet respondentů (N=11)
rodinné vztahy	11
přátelské vztahy	10
partnerský vztah	5
vztahy s terapeuty	3
vztahy se spoluklienty	2
Známi	2
náboženská společnost	1
Pes	1

Jak vidíme, všichni respondenti shodně uvádějí, že jsou pro ně nejdůležitější **vztahy rodinné a vztahy přátelské**. Pět respondentů uvedlo, že jsou pro ně důležité i **vztahy partnerské**. Právě těchto pět respondentů bylo v době sběru dat v partnerském vztahu. Ve dvou případech respondenti uvedli, že je partnerský vztah pro ně ten nejdůležitější. Ostatní respondenti, kteří jsou v partnerském vztahu, sdělovali, že jsou pro ně na prvním místě vztahy rodinné. Eda uvádí i důvod, proč je v současné době pro něj důležitější matka než přítelkyně. Vnímá rodinné vztahy jako stabilnější. Partnerský vztah a především jeho ukončení rozchodem je pro něj emočně náročná situace, která může vést ke zhoršení

nemoci. Proto více důvěřuje své rodině, o které ví, že se na ni může plně spolehnout. Také ví, že na rozdíl od přítelkyně, ho rodina v žádném případě neopustí.

*...já jsem vždycky šel do vztahů naplno a teď se toho bojím, protože moje ataky přicházely po rozchodu, většinou, takže nejdu do vztahu stoprocentně. Přítelkyně má někdy pocit, že mi matka organizuje život, ale já ji potřebuju, vím, že přítelkyně se na mne může vykašlat vždycky, ale ta mamka věřím tomu, že by mě v těch úzkých nenechala, takže mám potřebu toho vztahu, aby byl dobrý, chci na něm pracovat, nechci přítelkyni odsouvat, jen jsou tam obavy z předchozích vztahů, takže ta důležitost tam není, když jsou ty stupně takhle, kdyby byla ta pyramida jinak, dal bych je vedle sebe, tak kvůli té potřebě a té jistotě mám ten vztah větší k té mamce.*  
(Eda, 13)

**Vztahy s rodiči a sourozenci** jsou pro respondenty velmi důležité a váží se na jejich onemocnění. Někteří klienti popisují vztahy v rodině jako dobré, vychází dobře s rodiči a oni je podporují v léčbě. Naproti tomu druhá skupina respondentů uvádí, že vztahy v rodině jsou nefunkční a spíše nemoc i život komplikující. V nemoci je pro pacienty velmi důležitá sociální opora, kterou respondenti dostávali nejčastěji právě od rodičů nebo od partnerů. **Přátelské vztahy** hrají svou podpůrnou roli až po ukončení fáze hospitalizace, tedy, při rekonvalescenci a návratu do běžného života.

*Dřív bych určitě řekl, že rodiče by tam ani nebyli, v té pyramidě, ale teď, co jsem nemocný, tak mě hrozně podporují, takže jsem hrozně šťastný, že je mám, a s mámou to mám, že jsem s ní častěji* (Ivan, 9)

*...s mámou jsme si teď nejbliž, byla mi hodně velkou oporou, když jsem prožíval ty ataky, prarodiče jsou ke mně chápaví a bratři jsou pro mne nedílnou součástí života*  
(Hynek, 11)

*...mám mámu, s tou vůbec nevycházíme, bydlíme spolu, dneska mi řekla, že mě nechá zbavit svéprávnosti, chci odejít do chráněného bydlení* (Františka, 9)

Respondenti měli napsat 6 svých nejdůležitějších vztahů, ve kterých nyní jsou. Někteří respondenti psali spíše typ vztahů, zahrnujících více osob (přátelé ve škole, spolupacienti apod.), při podrobnějším doptávání jsme však zjistili, že se nejedná o blízké osoby. Respondenti měli tedy najít 6 nejdůležitějších blízkých osob. Pro některé (4) činil tento úkol problém, nemohli vymyslet všech 6 vztahů. Zajímavé je, že všem respondentům nakonec

tento malý počet (6 vztahů) stačil. Jedna z respondentek dokonce uvedla mezi své nejbližší vztahy i psa. Všichni shodně uváděli, že nemají více sociálních vztahů, a pokud, nejsou to vztahy blízké (klienti v práci, spolužáci, se kterými se nebaví apod.).

*...akorát to vychází, to jsou osoby, kterým se chci teď nejvíc věnovat. I když ne vždy je to jednoduché (Eda, 9)*

Sociální síť, kterou respondenti popisují, není příliš široká. Mezi nejdůležitější vztahy patří vztahy s rodiči, s kamarády, přáteli a vztahy partnerské. Ukázalo se, že respondenti na vztazích s rodiči oceňují nejvíce podporu a pomoc v nemoci. Velice důležité jsou pro ně vztahy přátelské a to jak s osobami, které také trpí duševním onemocněním, tak s přáteli zdravými. Respondenti, kteří měli v době rozhovoru partnerský vztah, tento uváděli jako velmi důležitý, vedle rodinných vztahů jako nejdůležitější. Respondenti, kteří byli bez partnera, se však často vyjadřovali, že by si partnerských vztahů přáli a byli by pak v životě spokojenější. O tomto tématu se dozvíme více v následující kapitole.

### 5.3. Životní spokojenost

Respondenti se vyjadřovali k tomu, jak jsou spokojeni se svým životem ve chvíli sběru dat. V následující tabulce uvádíme, na kolik procent se pacienti cítili spokojeni (minimum 0%, maximum 100%).

Tabulka č.9 Spokojenost se životem

Andrea	Cecilie	Františka	Jana	Klára	Blažej	Daniel	Eda	Gabriel	Hynek	Ivan	průměr
75	75	2	100	50	35	70	75	40	90	80	62,9

Jak vidíme z tabulky č.8, rozdíl v procentech uvedených respondenty ke spokojenosti se životem je poměrně velký. Celkově však můžeme říci, že je většina klientů spokojena (7 z 11 uvedlo spokojenost vyšší než 50%). **Životní spokojenost je velmi vázána na nemoc, nalezení práce, finanční zabezpečení a sociální vztahy.** Uzdravit se, cítit se psychicky lépe a stabilně je to, co klientům chybí k větší spokojenosti.

*...rád bych, aby nastalo to období po atace, kdy bych se cítil psychicky víc svěží (Hynek, 27)*

*Abych se furt nemusela starat o ty peníze, protože o peníze v životě taky hodně jde a mě to nutí....jako když nějaký peníze mám, tak jsou na to, aby se utratily.*

*Ale jako prostě mě chybí to a to a tohle a tamto a prostě hrozně si to беру do hlavy  
a musím na to furt myslet. (Andrea, 125)*

*Stav zdравej, bez příznaků psychózy. To znamená normálně prožívat, normálně  
myslet, normálně fungovat... Tady podporované bydlení je to nejlepší co můžu  
pro sebe udělat, pomáhá mi, ale bojím se, že ten rok tady pro mě bude krátká  
doba. (Blažej, 109)*

*Dodělat školu, jít na vysokou a najít zaměstnání... (Ivan, 21)*

*Musela bych lépe komunikovat, taky by museli mít lepší vztahy rodiče a přítel,  
musela bych být méně unavená, než jsem teď po léčích, musela bych víc cvičit,  
ale to se nemůžu nějak dokopat. (Klára, 97)*

K větší spokojenosti by přispělo **navázání partnerského vztahu**, u těch osob, které v době sběru dat nebyly v partnerském vztahu. Spontánně sdělovaly, že by byly šťastnější a spokojenější, kdyby měly partnera. Mohly by tak **dávat něco ze sebe a naplňovat své potřeby**.

*...rád bych, aby nastalo to období po atace, kdy bych se cítil psychicky víc svěží  
a rád bych si našel partnerku, chybí málo (Hynek, 27)*

*... musela bych mít toho partnera, musela bych cítit, že jsem pro někoho  
důležitá, potřebná a užitečná, já se snažím těm lidem pomáhat, ale necítím žádnou  
odezvu, nikdo mě nepochválí nebo tak... (Františka, 36)*

U respondentů, kteří měli komplikované vztahy v rodině, se často objevovalo, že by byli šťastnější, kdyby se **vyřešily rodinné konflikty**. Výpověď Františky tuto problematiku dokresluje.

*...doma, cítila bych se líp, kdyby mě máma pochválila, kdyby řekla, to jsi dobrá,  
že jsi udělala tu zkoušku, to ti přeju, abys udělala i tu další... (Františka, 36)*

Jeden respondent také uvádí, že by byl spokojenější, kdyby jeho vztah s partnerkou mohl naplňovat jeho smysl života. Přál by si dávat a předávat svou zkušenost dál, a aby jejich vztah vytvářel něco, co by bylo přínosné i pro jiné lidi.

*...dost přemýšlím o tom, najít smysl v tom, co dělám. Těch rodin a vztahů je  
spousta, chtěl bych, aby ten náš vztah něco vytvářel, nejen pro nás, ale i pro ty druhé*

*lidi, abychom nežili jen pro sebe, jak mám to sociální citění, tak bych chtěl, aby ten můj partner a moje rodina pak měla nějaký přínos pro ty druhé...(Eda, 39)*

Věnovali jsme se tomu, co respondentům chybí k větší spokojenosti. Jsou to **vyřešené rodinné konflikty, zlepšení zdravotního stavu, především psychická pohoda a u nezadaných nalezení partnera**. Nyní popíšeme, co tvoří spokojenost respondentů, bez čeho by byli méně spokojeni a šťastní ve svém životě. Osoby, které v době rozhovoru měly partnera, uváděly, že právě **partnerský vztah je to, co tvoří největší část jejich spokojenosti**.

*Láska... že mám přítele...Přítel by tvořil tak 90% mé spokojenosti.(Jana, 24)*

Spokojenost respondentů je také vázána na **fungující sociální vztahy**. Záleží jim na rodině i na přátelích. Mnoho respondentů uvádělo, že jsou spokojeni, protože je jejich nemoc na ústupu, zlepšil se jejich stav a zároveň se dokázali **osamostatnit**. Především respondenti, kteří pobývali v podporovaném bydlení, cítili, že jsou spokojeni a že jim pobyt prospívá.

*Tady podporované bydlení je to nejlepší co můžu pro sebe udělat, pomáhá mi, ale bojím se, že ten rok tady pro mě bude krátká doba. (Blažej, 111)*

Součástí životní spokojenosti je také **zaměstnání**, respondenti byli zaměstnáni především na chráněných místech a toto je činilo daleko spokojenější, než když práci neměli žádnou.

#### **5.4. Schizofrenie mění vztahy s blízkými anebo naopak?**

Respondenti shodně uvádějí, že **nemoc ovlivnila jejich vztahy s nejbližšími**, zasáhla nejen do partnerských, ale i rodinných a přátelských vztahů. V některých případech se vztahy změnily v pozitivním směru – posílila se důvěra a vztahy se upevnily. Často se jednalo o vztahy s rodiči, kteří podporovali své děti v úzdavě a byli jim velkou oporou v nemoci. Stejnou roli hrál přítel respondentky Kláry, který ji navštěvoval v nemocnici v době hospitalizace a velmi ji podporoval.

*Když jsem byla nemocná, tak za mnou přítel chodil a pomáhal mi a udržoval mě nad vodou. (Klára, 43)*

*Že jsem věděla, že někdo mě má rád a záleží mu na tom, co se mnou je. (Klára, 47)*

*Mně to úplně vyhovuje, jaká je a jak se chová, občas se mě ptá, jestli mám úzkost, a jinak si říkáme ty svoje zážitky s tou nemocí.. (Ivan, 35)*

Schizofrenie ale také může blízké vztahy ovlivnit negativně. Zátěž, jakou přináší ataka schizofrenie, může být fatální pro vztahy s blízkými pacientů. Nemoc tak v každé své fázi zasahuje do vztahů a zkouší jejich odolnost. Nástup nemoci je pro rodiče, stejně jako pro partnery, období velmi zátěžové. Respondenti (5) se vyjadřovali i k tomu, jak jejich **partneři nevydrželi ve vztahu**, když se nemoc objevila. V průběhu hospitalizace je člověk **odloučen, izolován a nemůže vztahy ani navazovat, ani kvalitně udržovat**. To trápí dvě respondentky ze souboru. Mají i obavy, aby další hospitalizace nezasáhla do jejich stávajícího vztahu.

*...říkám si jako proč, co bylo špatně a on říkal, že nejsem jeho životní partnerka a že postrádal všechny ty věci, které může dát holka klukovi, v té době jsem byla nemocná a měla jsem vedlejší účinky léků, já jsem věděla, že se to spraví, ale on nechtěl čekat (Cecilie, 37)*

*No já jsem mu říkala, že jsem nemocná a říkala jsem mu, co mám za problémy, že jako se prakticky nevidám s matkou a on se tedy ještě ptal nějakých dalších lidí, co je to schizofrenie a co jako..nebo prostě pak mi řekl, že když se na to ptal lidí známých a příbuzných, tak mu řekli, že ať od toho radši ustoupí, ať se se mnou raději rozejde, že to nemá perspektivu. (Cecilie, 39)*

*Ony se trochu zhoršily vztahy přítele s rodiči (v průběhu hospitalizace), protože - já nevím, co si udělali, tam byla nějaká špatná komunikace a protože přítel není manžel, tak se tam ty informace nějak zabrzdily a jejich vztahy jsou teď po tom chladné.. (Klára, 165)*

*No, bála, protože já jsem si při té nemoci myslela, že ten špatný je můj přítel. Ale to pan doktor říkal, že ten nejbližší člověk je to často. A až když jsem začala brát ty léky, tak jsem si uvědomila, že je to jinak, než jsem si myslela, a právě jsem měla obavy, že to přítel neustojí a jsem ráda, že to ustál. (Klára, 173)*



Nemoc zasahuje i do přátelských vztahů. Někteří respondenti (6) se setkali s pochopením a podporou od přátel a vztahy s nimi nadále udržují, jiní respondenti (5) se zase setkali s odmítnutím, strachem a nepochopením.

*Já jsem si založil i Facebook jenom proto, abych rozšířil, že jsem byl v nemocnici, dal jsem tam i album, protože jsem byl hodně aktivní, měl jsem úplně jinou náladu, měl jsem jiné vlastnosti, charakter, když jsem byl nemocný, v té první fázi, tak jsem na oddělení začal fotit a zřídil jsem si album Bohnice a přidával jsem si tam ty kámoše, co jsem si myslel, že jsou kámoši, ale nikdo se mi z nich už potom neozval, aby se zeptal, co se děje, nebo tak, jenom jediný a to byl takový idiot... Takže jsem si teď už zrušil i Facebook, protože na ty lidi, na které chci, kontakt mám, a ty ostatní už nemusím vidět... S přítelkyní trávím nejvíc času a je pro mě nejdůležitější. Kdybych ji neměl, už bych nevěděl, co bych dělal, byl bych pořád po nemocnicích a řešil bych svůj problém sám... (Ivan, 9)*

Partnerský vztah však také může ovlivnit průběh schizofrenie. Na jedné straně pozitivně, jak jsme již uvedli, **podpora partnerů pomáhá v léčbě**. Nicméně, vztahy mohou zpětně ovlivnit i průběh nemoci. Konkrétně **ztráta vztahu, rozchod, hádky a zátěžové situace ve vztahu mohou být dalším spouštěčem ataky**. Většina respondentů se obává, že by rozchod mohl způsobit návrat nemoci a narušit jejich stabilní režim. Eda vzpomíná, že se jeho ataky objevovaly právě po rozchodu a tak tato obava zasahuje i do aktuálního vztahu.

*Já jsem vždycky šel do vztahů naplno a teď se toho bojím, protože moje ataky přicházely po rozchodu, většinou, takže nejdu do vztahu stoprocentně. (Eda, 13)*

## 5.5. Zkušenosti s partnerskými vztahy

V rozhovoru s respondenty jsme mapovali, jaké mají zkušenosti s partnerskými vztahy. Odpovědi se velmi lišily u žen a mužů. Muži častěji sdělovali, že nemají mnoho zkušeností s partnerskými vztahy. Jak uvidíme dále v analýze Dotazníku dosavadních sexuálních zkušeností, **muži měli méně partnerek a to i sexuálních v porovnání s ženami**. Dva muži z výzkumného souboru neměli partnerku od toho, co onemocněli schizofrenií a pokud, nebyl to dlouhotrvající vztah.

*...já jsem v tomhle směru hodně nezkušený, já jsem v životě žádné plnohodnotné vztahy neměl, takže jsou to moje laické názory (Blažej, 99)*

Ženy měly naproti tomu daleko více zkušeností. Především sexuálních vztahů měly více, než muži.

*...odpočívám po těch vášnivých nocích, které byly s tím partnerem na jednu noc nebo z těch nehezských vztahů, kdy se člověk opil a potom šel někam pomilovat.*  
(Andrea, 115)

## 5.6. Projevení zájmu

Léčba schizofrenie je dlouhodobý proces. Klienti často **navazují partnerské vztahy ve svém okolí** a to je nejčastěji prostředí léčeben, stacionářů, chráněných bydlení a podobně. Šest respondentů se alespoň s jedním partnerem seznámilo **v průběhu léčby**. U pěti respondentů se jednalo také o duševně nemocné pacienty.

*Ale ještě jsem nenašla toho pravého. Ty vztahy, co jsem měla jenom s nemocnýma, tak ty nejsou takové dokonalé, tenhle kluk je taky nemocný, ale zase když jsem se zdravými, tak se neumím vymáčkout, nějak se chovat hezky, chovám se normálně, ale stydím se, myslím si, že mám tu nemoc, že je to vidět, tak se moc neprojevují. Když jsem s těmi nemocnými, tak vím, že jsem na jedné lodi, dělám si z nich legraci, oni ze mne a je to bžunda.* (Františka, 17)

Stěžují si, jak těžké je najít partnera, zvláště když jsou oddělení v nemocnicích rozdělena na ženy a muže. Byli by rádi, kdyby se více propojily, aby bylo možné vztahy navazovat.

*Tolik neoddělovat mužská a ženská oddělení v té nemocnici, my jsme se seznámili tam, kde to bylo sdílené, nerozdělovat to, aby se lidi sešli. Aby nemuseli hledat po klubech, pořád je to nemoc, která není moc populární, lidi nechtějí moc partnera s takovouhle poruchou. Ale kdyby se to už v těch Bohnicích víc propojilo, ty pavilony, tak by to myslím pomohlo. Člověk hledá partnera celý život, někdy se trefí a někdy se netrefí...* (Ivan, 43)

Ve dvou případech se účastníci seznámili se svým protějškem přes internet prostřednictvím internetových sezonek. Dva respondenti neměli partnerku od doby,

co jsou duševně nemocní, dříve se seznamovali s novými lidmi prostřednictvím volnočasových aktivit nebo ve škole.

Respondenti tvrdí, že jim nedělá problém projevit zájem o druhého člověka a zároveň poznat, když je o ně projeven zájem. Většinou tak činí tím, že projevují zájem o danou osobu, ptají se na **koníčky a zájmy**, na to, co daný člověk dělá a čím se zabývá. Často jim také zabírá **úsměv a dlouhé pohledy**. Tuto fázi, kdy se dva seznamují a přibližují se k sobě, vnímá většina respondentů (8) jako nejhezčí i nejtrapnější zároveň.

*Viděl jsem jí jít po chodbě a líbila se mi, měl jsem problém s komunikací a s nikým jsem se nebavil, ale ona mi pomohla, ona zrovna byla v té manii, takže byla hrozně ukecaná, takže vedla slovo ona a já jsem ji pozval na procházku a povídali jsme si a potom po té hospitalizaci jsme se několikrát sešli a dali jsme se dohromady. Když jsme se loučili, dala mi pusu, to jsem nečekal, potom to šlo ráz naráz a bylo to v pohodě (Ivan, 45)*

Pokud se však doptáváme na konkrétní zkušenosti a úspěchy v projevení zájmu, zdá se, že klienti až tak úspěšní nejsou. Projevení zájmu jim **trvá dlouhou dobu** (1-3 měsíce). Jejich objekty zájmu si bohužel často ani nevšimnou, že klienti o ně projevují zvýšený zájem a měli by chuť s nimi mít něco více než jen přátelství. Dva klienti popisují, že před nástupem nemoci byli velmi suverénní a neměli problém oslovit i někoho cizího. Ostatní muži (4) preferují, kdyby se partnerkami staly spíše některé z jejich kamarádek. Tuto skutečnost interpretujeme tak, že klienti se cítí bezpečněji, pokud už daného člověka znají a nebojí se navázat s ním bližší kontakt. Pokud by měli oslovit neznámou osobu, dělá jim to problém, trvá to dlouhou dobu, než se odváží. Tři respondenti říkají, že jim **chybí odvaha riskovat** odmítnutí a to je ten hlavní kámen úrazu.

Ženy ze souboru (4) projevují zájem tím, že na potenciálního partnera „**vrhají pohledy**“, **ptají se ho na jeho život a snaží se o něm něco dovědět**. Především to, co má rád a co ho baví. Předpokládají, že poznají, když o ně někdo projevuje zájem.

*...myslím, že poznám, když někdo projeví zájem, takovéty krátké pohledy, když se na mě někdo podívá, jdeme kolem sebe, ale nic z toho nebude, protože tě neznám a ty mě neznáš, nemůžu napsat na zastávku tramvaje zprávu, že ta slečna co tu včera stála, má zájem a můžeš se jí ozvat na číslo....(Cecilie, 205)*

U tří respondentek se objevuje „ověřená“ strategie, kterou je **nabídnutí sexu již na první schůzce**, což zajistí, že o ně má partner zájem. Respondentky se tedy takto

mužům nabízí, mají pocit, že sex je to, o co muži stojí a často jim tato strategie také vychází. Ze zkušeností dvou respondentek však můžeme říci, že vztahy navázané tímto způsobem netrvaly dlouhou dobu, jedna z respondentek se musela velmi vymezit, když v takovém vztahu nechtěla dále být. Respondentky stojí o stabilní a dlouhotrvající vztahy, které by „byly i o něčem jiném, než jen o sexu“, ale přesto mužům sex nabízí ihned v počátku navázání vztahu.

*No, jo, člověk potřebuje nějaké uspokojení, ale sex není všechno, když ten partner není stálý, tak jsou problémy. (Cecílie, 167)*

*(Chtěla bych) mít stálého partnera, já můžu si narazit někoho každý den, ale to není to hlavní, já bych chtěla mít někoho stálého a třeba až po půl roce mít sex, ne hned na začátku... (Františka, 81)*

*.....smích..... Že jdu rovnou na to, no. Když jde o partnerský vztah. (Jana, 84)*

*No, teď si říkám, že jsem spokojená, protože si odpočívám po těch vášnivých nocích, které byly s tím partnerem na jednu noc nebo z těch nehezských vztahů, kdy se člověk opil a potom šel někam pomilovat jako dejme tomu...ale...zase z druhé strany si říkám, že když už jsem zkusila mít partnera ráda, chtít ho ve všem, co provede, co si poručí...nebo ne, co si poručí, ale co má rád, tak to jako opakovat nebo něco takovýho...no tak...si říkám, že teď potřebuju trochu klídku. (Andrea, 115)*

U mužů se dvakrát objevilo tvrzení, že by stáli o to **mít dívku pouze na sex**, neboť vztah by je emočně vyčerpával a zatěžoval, ale pouze sexuální vztah ne. Takový vztah však žádný z respondentů nenavázal. Pouze vztahy „na jednu noc“, o kterých se více zmíníme při analýze Dotazníků dosavadních sexuálních zkušeností.

*...o sex trošku zájem mám, tak třeba kdybych měl partnerku, která by byla taky duševně nemocná, taky má nějaký problémy a která by se mnou chtěla mít jen sex. To by možná nemuselo být špatný. (Blažej, 284)*

## 5.7. Vztah a léčba

Respondenti, kteří měli partnerský vztah (5), se vyjádřili, že je to pro ně **velká podpora a že jim vztah v léčbě rozhodně pomáhá**. Ti, kteří ve vztahu nebyli (6), si představovali, že by měli více energie, chuti do života a měli by možnost nemyslet tolik na sebe, svou nemoc, ale mohli by **žít pro druhého**. Proto vnímali vztah také jako pozitivní

element v léčbě. Dva respondenti zdůrazňovali, že by se jim muselo podařit se zamilovat a musel by to být ten pravý vztah, aby jim to skutečně v léčbě pomohlo a byli šťastnější.

*...mně to určitě pomáhá. Mám pocit, že na to nejsem sám. (Eda, 112)*

*Tak určitě kdybych někoho miloval, kdybych přes tu moji bláznivost, přes tu poškozenou hlavu dokázal někoho milovat, tak by mi to určitě pomohlo, překonalo by to ty problémy.. (Gabriel, 19)*

Respondenti si uvědomují, že by i vztahy mohly jejich léčbu komplikovat. Může to být z důvodu již zmíněného rozchodu a doprovázejícího emočního vypětí.

*...já jsem vždycky šel do vztahů naplno a teď se toho bojím, protože moje ataky přicházely po rozchodu, většinou, takže nejdu do vztahu stoprocentně. (Eda, 13)*

Taktéž se objevovaly neshody, hádky a projevování svých zájmů na úkor druhého, jako fenomény, které by klientům **narušovaly emoční rovnováhu a tím komplikovaly jejich léčbu**. Ve třech případech klienti sdělili, že by žádné komplikace nebyly, či nejsou, pokud se mají lidé rádi, komplikace neexistují. Dle našeho názoru je tento idealistický postoj nebezpečný, protože nepočítá s emočně náročnými a stresujícími situacemi, které sociální vztahy doprovází. Pro klienty mohou takové chvíle přinést neklid a narušení režimu a stability, což může přinést zhoršení nemoci. **Obava z narušení režimu a stability** se objevila jako vnímané riziko u osob, které byly bez partnera (5).

*Určitě je tam i minus, protože já bych vyšla z klidu, jako...a určitě by se objevilo nějaký zhoršení nemoci. (Andrea, 77)*

*To by záleželo na partnerovi, měla jsem vztahy s těmi, co byli nemocní, ale byly ty vztahy blbý, ale ten Petr je takový pohodář, chodí na výlety, není na něm vidět, že je nemocný, s ním by to bylo té léčbě prospěšné a být ve vztahu by bylo zdravější...ale mohla by to být i komplikace, kdyby mě poslal do háje a já bych neudělala třeba zkoušky a obětovala bych tomu hodně času a energie a sebe, nebo tak. To se mi stalo, partner i nechtěl otevřít dveře, když mu bylo špatně, tak jsem tam dvě hodiny čekala a on mi pak otevřel, ale všichni mě viděli, jak tam sedím, sama, a připadala jsem si k ničemu, když ode mne nechce pomoci... (Františka, 99-101)*

## 5.8. „Ve vztazích je život, energie a láska a v nemoci chybí“

*Mohu ty věci sdělit a není to jen takový všední rozhovor, je to člověk stejně starý, je to jiné, než kdybych to říkal mámě... Kdybych měl víc těch kamarádů, tak by mi nevadilo, že nemám partnera, ale když mám partnera, tak ty kamarády nepotřebuju a nejdu sám tím životem, a když jdu sám, tak potkám něco, co se mi líbí, a jen si to pomyslím, když jdeme spolu, tak si to řekneme a třeba tam jdeme...*

*(Ivan, 73)*

*Partnerský vztah - do života je to takový impulz. (Andrea, 614)*

*Asi to, že ten druhý mi dodává energii a jistotu a lásku. (Jana, 106)*

*... člověk dospívá a zjišťuje, že je důležité mít u sebe někoho, s kým by si rozuměl, že nemůže zůstat na jednom místě, u rodičů nebo tak, člověk by se měl nějak dál vyvíjet a partnerka je nedílnou součástí života. V současné době partnerku bohužel nemám, ale přál bych si to. (Hynek, 13)*

Každý člověk pro něco žije. Něco mu dává smysl, činí mu to radost a naplňuje ho. Pro respondenty v tomto výzkumu je to partnerský vztah. A to nejen pro ty, kteří měli partnera či partnerku. Cítí, že ve **vztazích je život, energie**. Partnerství patří k životu, zvláště ve věku respondentů. Láska jim dodává sílu a chuť do života. V jejich představě je to jakýsi hnací motor, který přináší **pozitivní emoce a naplnění**. Především ti, kteří jsou nezadaní, mají pocit, že by jim ve vztahu bylo lépe. Měli by pro co žít, měli by **možnost s někým sdílet své pocity, navzájem se podporovat a vytvářet společnou budoucnost**. Partnerské vztahy jim dávají smysl.

Respondenti mají potřebu dávat i brát. Potřebují především **důvěru, pochopení a respekt v nemoci**. A to je právě to, co život oslabuje – nemoc. Schizofrenie zasahuje do jejich každodenního života. Své psychické stavy, které je omezují, přičítají nemoci a nežádoucím účinkům předepsané medikace - často uvádí, že jsou **unavení, nemají chuť nic dělat, ani chuť do života a chybí jim schopnost cítit emoce**.

*Nejtěžší je život...Protože jsem nemocná, to život strašně oslabuje. (Andrea, 468)*

*No...v nemoci je to všechno úplně jinak, to člověk bere ty léky a občas se s tím druhým ani nevejde do bytu...No díky psychické rovnováze a vůči tomu okolnímu světu přijdete s odporem a ne s láskou...(Andrea, 65)*

*...člověk, když si zvykne v tý nemoci být v klidu, utlumován lékama, že jo, různějma sedativama, takže mu prostě nepřijde ani na mysl, že trpí, ale určitě trpí, protože, když k sobě dva lidi patří, tak je nemyslitelné je dávat od sebe.*  
(Andrea, 61)

*Těžko říct, já jsem zamilovanej nebyl, protože jsem toho kvůli nemoci nebyl naprosto schopen, ale byli jsme si možná celkem blízci.* (Blažej, 47)

Nemoc nepochybně do partnerských vztahů zasahuje a ovlivňuje je, v jakém směru, to záleží na zkušenosti každého z respondentů. Někteří, jak dále uvedeme, mají zkušenosti bohaté, jiní chudší. Nemoc je neoddělitelnou součástí životů osob se schizofrenií. Dva respondenti si dokonce neuměli představit, jaký by asi byl život, kdyby byli zdraví. Ostatní respondenti si pak myslí, že se vztahy zdravých lidí nijak zásadně neliší od vztahů duševně nemocných osob. Rozdíl by však viděli v tom, že by si mohli **najít práci, vlastní bydlení, nebyli by závislí na dalších osobách a mohli by se svobodně rozhodovat o svých životech**. Eda se zamýšlel nad tím, nakolik ho ovlivňuje povaha a nakolik je to nemoc, která do vztahů zasahuje. Jak můžeme potvrdit, oddělení role nemoci, povahy a genderových rozdílů není jednoduché.

*...myslím, že je to intenzivnější. Je to o povaze, vím, co je moje povaha, ale nevím, jak moc je tou nemocí ovlivněná. Víím, jaký jsem, vím, že se snažím všechno řešit v klidu, ale občas přijdou takové obrovské tlaky, které ještě neumím vysvětlit nebo si to nechci přiznat, já nevidím do druhého, takže nevím, jak intenzivní to má on, snažím se zjistit ten rozdíl mezi povahou a tou nemocí...* (Eda, 27)

## 5.9. Potřeba podpory

Téma podpory se objevilo ve všech provedených rozhovorech. Všichni respondenti (11) se shodně vyjádřili, že **potřebují emoční podporu**, a to především od partnera (8). Podpora partnera je pro respondenty nesmírně důležitá, uvádějí, že pokud mají vztah v průběhu léčby nemoci, mají pro co žít. Tato podpora může mít dobrý vliv na spolupráci pacientů v léčbě. Jak popisuje Eda v následující citaci, i ve vztahu dvou duševně nemocných může mít podpora **pozitivní efekt v léčbě nemoci**.

*...určitě mně v té nemoci to moc pomohlo, s přítelkyní jsem se seznámil během léčby, hodně mě to pozvedlo, její podpora i to, že jsem já jí mohl dát podporu, v určitých fázích, takové vzájemné podporování, a je to důležité, pro mne.* (Eda, 7)

*Je to pro mě důležité, potřebuju někoho, kdo by mě podržel, potřebuju podporu, mít jistotu, že mě má někdo rád, že se o mě postará, že mě bude respektovat, že mě bude brát takovou, jaká jsem, to je to nejdůležitější. Zatím v mém životě takový člověk není, teď čekám na toho Petra. (Františka, 19)*

Potřeba podpory je u pacientů velmi silná, což může partnerství značně ovlivnit. Pacienti očekávají, že jim partneři budou nabízet podporu v těžkých situacích. Tento fakt může být pro partnerství i partnery velmi náročný, zvláště pokud jsou sami duševně nemocní.

*Kdyby mu bylo hodně blbě, tak mě by se mohlo přitížit, taky hodně potřebuju tu podporu a nevím, jestli ten nemocný člověk by mi ji mohl dát. (Františka, 62)*

Třetina klientů (4) uvedla, že je nemoc oslabuje a nejsou soběstační, potřebují velkou podporu finanční, materiální a především podporu v každodenním životě. Většina respondentů není schopna samostatně bydlet a postarat se o sebe. Dvě respondentky udávají, že by očekávaly, že jim partner zajistí **materiální zázemí** – podpoří je finančně a vyřeší jim bytovou situaci tím, že budou bydlet společně.

*Že se na někoho (o potenciálním partnerovi) můžu v nouzi spolehnout, že bych u něho mohla bydlet. (Františka, 21)*

Nejčastěji se respondenti vyjadřují, že potřebují emoční podporu přijímat, v některých případech chtějí podporu i nabízet a dávat.

*Že mám mít koho ráda, že někdo mě může mít rád, že si vzájemně pomáháme nebo se o to aspoň snažíme... (Klára, 31)*

*Já jsem se taky snažila, aby byl šťastný a podporovat ho. (Klára, 81)*

*Vztah dodává odvahu, abych něco dělala, sama se sebou, že bych se mohla o někoho starat, být mu nablízku (Cecilie, 213)*



## 5.10. Potřeba sdílení

V laických představách jsou osoby se schizofrenií uzavřené, nesdílní a nesociální. V této představě jsou tak uzavřeni, že nemusí a nechtějí sdílet své pocity a myšlenky s druhými lidmi. Jak to ale je doopravdy? Naši respondenti se všichni bez výjimky vyjadřovali, že partnerský vztah by jim přinesl především možnost **sdílet emoce a každodenní zážitky**. Sdílení prožitků, každodenních situací, všech svých emocí – obav i radostí, to očekávají osoby se schizofrenií od vztahu. Naši respondenti tedy mají **potřebu komunikovat, sdílet své životy**, avšak také v několika případech zmiňují, že je **komunikace vyčerpává**. Tato situace nastává u tří mužů ze souboru, kteří se vztahů obávají právě proto, že je **komunikace a sdílení zatěžuje, unavuje a zhoršuje jejich psychický stav**. Přesto stojí o to, aby našli „tu pravou“ partnerku, se kterou by je komunikace nezatěžovala.

*Jo, no, protože...například konverzací...mě vysiluje, takže to by mě vyčerpávalo.*

*Myslím, že tu partnerku takovou jakou jsem popsal, se kterou bych měl mít nějaký vztah, prostě nenajdu a možná by mi prospělo, protože se nedokážu zamilovat...(Blažej, 284)*

## 5.11. Partnerství se zdravými nebo duševně nemocnými?

K problematice preference zdravého partnera či partnera se zkušeností s duševní chorobou udávali respondenti tři možné odpovědi. Jedna to byla evidentní preference partnera zdravého. Další variantou byla preference partnera se zkušeností s duševním onemocněním a třetí možnost byla nevyhraněná, kdy respondenti nepreferovali ani jednu variantu a spíše se orientovali na to, jaký je partner a vztah mezi nimi.

Většina respondentů (4) preferuje partnera zdravého, tedy takového, který nemá žádnou zkušenost s duševním onemocněním. Z toho jedna respondentka uvádí, že by maximálně byla s někým, kdo trpí schizofrenií, ale jinou nemoc by „nesnesla“. Jeden respondent by ideálně preferoval zdravou partnerku, ale jeho současná přítelkyně je duševně nemocná a to mu nevádí. Zdraví partneři by především mohli nabídnout lepší **kontakt s realitou**, klienti stojí o to, aby jim „**nastavovali zrcadlo**“ a **ukazovali, kdo vlastně jsou**. Zdraví partneři by měli osobám se schizofrenií **dávat zpětnou vazbu, usazovat je do reality a zároveň tak rozumět nemoci, že by respektovali pacientův režim, výkyvy nálad a další efekty nemoci**. To jsou očekávání našich respondentů i respondentek.

Tři respondenti se vyjádřili, že nezáleží na tom, zda je partner duševně nemocný či nikoli. Dva respondenti by preferovali partnerky duševně nemocné.

*No to je to plus, že ví, že se můžu octnout v jiné realitě, že můžu mít nějaké nápady, a já zase vím, že může mít tu mánii nebo depresi, zažil jsem ji i v mánii i v depresi... (Ivan, 31)*

*Že si víc porozumíme. Poznává, že člověku není psychicky dobře, zeptá se na to, nechá mne být nebo poradí... Lépe odhadne, jak se cítím.. (Jana, 48)*

Jako hlavní výhodu udávají, že by si více rozuměli, že **by nemoc vytvářela jakési pouto mezi nimi. Pochopení nemoci** je pro ně velmi významné. Ve všech případech respondenti informovali své partnery o své psychiatrické diagnóze. Šest respondentů uvádí, že potřebují, aby partner rozuměl jejich nemoci, chápal ji a věděl, co může očekávat. Musí **respektovat režim**, jaký nemoc vyžaduje a respondenty podporovat v léčbě.

*Můj přítel si o tom naštudoval hodně informací, takže to chápe. (Klára, 137)*

*No, nemusí toho vědět hodně, ale aby věděl, co je schizofrenie. Měl by to vědět od mého lékaře. (Andrea, 280-282)*

Rozhodnutí v preferenci zdravého či nemocného partnera mohou také ovlivňovat názory druhých osob. U jednoho respondenta se objevilo téma varování od lékaře a jistého odrazování od duševně nemocné partnerky. Klient se k tomuto problému postavil následovně:

*Varoval mě pan doktor, ještě ten minulý, když jsem s ní začal chodit, že holky s touhle nemocí často chtějí toho kluka ovládat, ale moje přítelkyně je hrozně hodná a nikdy mi nic takového neudělala, ten pan doktor má možná nějaké takové zkušenosti, co mu řekli pacienti nebo z nějakých studií, ale já žádné nevýhody nepociťuju. (Ivan 31,33)*

Druhý klient je ovlivňován rodinou, která preferuje pro svého syna partnerku zdravou. Klient se však nenechává ovlivnit názorem rodiny, svou partnerku má rád a přeje si s ní dále vztah udržovat a vidí výhodu v tom, že si mohou lépe porozumět, když jsou oba nemocní.

*Je tam větší pouto, které nás drží, což je dobrý základ pro vztah.. Nepreferuju to, ale zatím mi to takhle vyhovuje. Rodiče mi to takhle říkají, že by byla zdravá partnerka lepší, ale já si myslím, že v tom jsem jakoby zdravý a vím, co chci...*  
(Eda, 61)

## 5.12. Ideál vztahu

Ideální vztah je pro dva respondenty tzv. **splynutí duší**. Dříve než budeme interpretovat sdělení respondentů o tom, jak vypadá jejich představa ideálního vztahu, popíšeme nám Blažej a Eda, jak si představují ideální vztah.

*Splynutí duší, zamilovanost...která by podle mě...já nejsem v tom zkušený, tak nevím, jak to probíhá. Myslím, že by to mělo začít zamilovaností a neměla by polevit na nulu, měla by tam pořád být. Měla by tam být upřímnost, otevřenost...(Blažej, 129)*

*...to splynutí duší, to už jsem jednu dobu v nějakém vztahu zažil, částečně, to chvilkové, okamžik, kdy jsme v něčem splynuli, i v tom tělesném i v tom duševním, že tam bylo to porozumění, takže si to umím trochu představit, prostě nějaké splynutí.*  
(Eda, 51)

Oba muži naráží na to, co všichni respondenti považují ve vztazích za důležité. Je to **porozumění, sdílení, fyzická přitažlivost, zajištění bezpečí** a také neopomínají **sexuální uspokojení**.

*(co vztahy dávají) kromě sexuality, která je pro mě taková potřeba, tak ještě je výhoda v tom, že budu nějaké zázemí, něco, kam se můžu vracet a co mě pořád uvádí ke mně, k mé podstatě. Lidé mne můžou ovlivňovat, ale když se vrátím k tomu vztahu, tak cítím, že mě ten člověk uvádí zpátky k sobě, to je na tom pro mě důležitý, tam je ten základ, který potřebuju.. A že mě to nesune nějakým jiným směrem. I chlap potřebuje pocit bezpečí a jistoty a má někdy strach..a i ta partnerka mu může dát ten pocit bezpečí. (Eda, 21)*

U žen se na rozdíl od mužů také objevilo, že by si přály, aby je muž **materiálně zabezpečil**. Ve vztahu jim největší radost dělají **dárky** a přejí si, aby je muž často obdarovával. Je to to, co očekávají od vztahu. Pro ilustraci uvádíme část rozhovoru s respondentkou Janou.

*Co byste očekávala od partnera?*

*J: Jenom to, aby mě miloval.*

*Jak se to projevuje?*

*J: Že mi dává takové hezké dárky, i když třeba nejsou vzácné, protože nemá peníze, že dává z posledního, že mi někdy poslouží, když už nemůžu. (Jana, 33-36)*

Tento fenomén dostávání dárků ve vztahu může souviset s nízkým sociálním statutem klientek a tak je těší, když dostávají věci, které nemají a nemohou si je dovolit. Dárky se tak stávají projevem lásky.

U čtyř respondentů se objevilo, že ideální vztah je takový, kde **jsou jasně rozděleny role muže a ženy** a to tradičním způsobem. Očekávají, že muž by měl vydělávat a nosit domů peníze, zatímco žena by se věnovala rodině a dětem. **Muž by měl být také dominantní a žena submisivní** a to očekávají jak ženy, tak muži z výzkumného souboru. Tendence **genderového rozdělení rolí** se také objevila v představě klientů o zaměstnání. Dva respondenti uváděli, že by žena měla pracovat spíše v humanitním oboru a muž v technickém (stroje, počítače,...). V ideálním případě by měli práci a každý z partnerů by pracoval ve svém oboru. Společně by pak trávili volný čas a starali se o domácnost.

*No já si myslím, já jsem to říkala tak všeobecně, já bych ještě očekávala, aby měl pochopení, a zároveň očekávám, aby on byl ten dominantní, bohužel. Když necítím, že nemám nad sebou někoho, kdo mě drží, tak si dělám prakticky, co chci a přestávám fungovat, protože já sama za sebe nemůžu někoho vést nebo řídit protože já jsem jakoby pomalá a nedělám věci, aby měly větší efekt, ono to má efekt, ale ne takový. Třeba v práci, nebo v rodině nebo manželství tak se obávám, abych neudělala víc blbostí než těch věcí dobrých. Tak to chce někoho zralého, kdo by mě jakoby držel. (Cecilie, 139)*

V ideálním vztahu by si většina respondentů (9) přála **mít děti, žít společně s partnerem a mít vidinu společné budoucnosti**. Soužití je charakteristické pro popis ideální partnerského vztahu u osob se schizofrenií. Všichni by si přáli žít společně s partnerem. Ve dvou případech si klienti uvědomují, že by sami nezvládli bydlet a to ani s partnerem, zvláště pokud by byl sám duševně nemocný, a tak by si přáli bydlet spíše v komunitě lidí, kde by mohli nalézt podporu a pomoc. Tři muži se obávají závazku a důležitým tématem je pro ně osobní svoboda ve vztahu. Neradi by byli omezováni partnerským vztahem. Jeden z mužů si uvědomuje, že ideál je nedosažitelný a na vztahu je potřeba pracovat a budovat ho, aby se stal ideálním.

*...já myslím, že je to v mojí netrpělivosti, že mě napadá, kdybych šel do jiného vztahu, tak by to v něčem bylo lepší, ta komunikace, ale říkám si, že čekám, že bych z fleku našel partnerku, se kterou si budu rozumět a bude vhodná pro moji rodinu a vhodná pro všechno, ale zjišťuji, že to tak není, že se to musí budovat, že dřív jsem očekával nějaký ideál, že přijde a zachrání mě, ale zjišťuji, že bohužel (bohužel ve smyslu mé lenosti a netrpělivosti) to je o tom budování toho vztahu. (Eda, 19)*

Dva respondenti mají vzor ideálního vztahu v rodině, jeden respondent u svých rodičů, kteří vybudovali dlouholeté stabilní manželství, a jedna respondentka vidí vzor v rodině svého bratra.

Pro ženy je ideální partner takový, který je **charismatický, fyzicky přitažlivý, měl by je rád a respektoval jejich potřeby**. Několikrát se objevila potřeba, aby **partner byl sociální** a to především proto, aby se ženy mohly seznámit s dalšími lidmi a rozšířit si tak své sociální síť o přátelské vztahy. Pro muže je ideální partnerka **věrná, atraktivní, chápavá, milá a taktéž respektující jejich potřeby**.

*(Očekávám) věrnost, že mi dá možnost určité svobody, aktivitu a ne pasivitu, že mě trochu pošoupne někam, a pochopení, některé moje nálady, co s čím souvisí, že jí na tom záleží a že o tom bude vědět...(Eda, 57)*

V partnerství se obávají především **žárlivosti**, zatímco kdyby partnerka žárlila, byl by to spíše projev lásky a náklonnosti. Jedna z respondentek má strach ze sexu, který pramení z její zkušenosti se sexuálním zneužitím. Respondentka popisuje svou zkušenost, kdy ji znásilnil jeden duševně nemocný muž, když bydlela v podporovaném bydlení. Tato zkušenost pro ni byla velmi traumatická, od té doby má strach z mužů i sexu. Tato zkušenost jí velmi zkomplikovala její psychický stav a léčebný proces.

*No, tak....abych se vám přiznala, já jsem se vám chtěla svěřit, s tím, že mě jeden kluk v podnapilém stavu, ve kterém byl on, já ne, protože jsem bydlela s kolegyní v bytě, dvoupokojovém a ona si tam přivedla přítele a asi spolu měli nějaký techtle mechtle a on potom druhý den zazvonil, jestli by tam na ní mohl počkat a já hloupá husa jsem ho tam nechala čekat a on mě znásilnil...takže jsem to byla udat na policii, komisař vyšetřoval, vyšetřoval a přišli na to, že je nesvéprávněj ten kluk a že ho můžou dát jenom do Bohnic, takže nebyl žádnéj trest...no nepříjemná situace... no a vlastně od té doby se bojím jako trošku kluků. (Andrea, 13)... no a potom jsem jako ho viděla toho chlapce ještě jednou...a ten mě taky nerad viděl, že na to nějak doplatil, když se se mnou vyspal...on asi nebyl úplně normální (Andrea, 141)*

Ostatní respondenti často nemají obavu či strach z ničeho ve vztahu. Objevily se ale také názory (3), že by se **obávali vyhasnutí lásky a přitažlivosti ve vztahu**. Další obavy pak pramení, jak jsme již zmínili, z hádek a rozchodu a emočně vyčerpávajících situací.

### 5.13. Analýza Dotazníku do seznamky

Dotazník do seznamky nám umožnil zjistit, jaké charakteristiky považují respondenti za nejdůležitější a to v kontextu seznamování se s novými osobami. Otazník se zaměřoval na širokou škálu informací (viz. příloha č. 6). Respondenti měli za úkol říci, čeho by si jejich partner měl všimnout a co na sobě oceňují. Nejčastěji se respondenti odvolávali na povahu a zájmy. Proto v této kapitole předložíme, jak vypadá struktura zájmů a koníčků u osob se schizofrenií. Zároveň zjistíme, jaké povahové vlastnosti si přisuzují, nebo které by prezentovali před potenciálním partnerem.

#### 5.13.1. Zájmy a záliby

V první řadě budeme analyzovat koníčky a zájmy. V této fázi měli účastníci na výběr širokou škálu zájmů, koníčků, volnočasových aktivit a sportů.

V následujících tabulkách předkládáme nejčastější odpovědi, které se objevovaly v našem výzkumném souboru. Mějme na paměti, že v souboru bylo 11 osob, z toho 6 mužů a 5 žen.

**Tabulka č.10 Zájmy a záliby – celkový soubor**

zájmy - celek			
kina	8	občas o samotě	6
četba románů	8	tanec	6
divadla	7	hospody	6
internet	7	poslech rocku	6
poslech popu	7	studování	6

Jak si můžeme všimnout, tabulka č. 9 nabízí nejčastější zájmy a záliby osob se schizofrenií v našem výzkumném souboru. Nejoblíbenější činností a to dokonce 8 osob z 11 jsou **kina a četba románů**. Dále je to návštěva **divadel, surfování po internetu a poslech popové i jiné hudby**. Více než polovina respondentů také ráda tráví **čas o samotě, věnuje se studiu** a preferuje **hospody** s přáteli. Respondenti nejsou příliš sportovní, více než polovina souboru však preferuje **tanec**, což může být zájem vhodný

pro seznámení se s potenciálním partnerem či jako dobrá volnočasová aktivita pro partnery. Zajímavé je uvědomění, že naprostá většina vybraných aktivit není společenská, tedy, není při ní potřeba komunikovat a vytvářet další interakce s lidmi. Tabulka č. 10 a č.11 nám nabízí podrobnější analýzu zájmů s ohledem na pohlaví respondentů. Jak je vidět, tabulky se svým obsahem příliš neliší. U mužů je patrné, že preferují, více než ženy, **samotu**, a také návštěvu restauračních zařízení. Oproti tomu ženy hospody nepreferují, spíše oceňují společenskou zábavu a kulturní aktivity, jako je návštěva divadla či kina.

**Tabulka č.11 Zájmy a záliby – ženy**

<b>Zájmy - ženy</b>			
divadla	4	četba románů	4
kina	4	tanec	3
internet	4	poslech klasiky	3
poslech popu	4	studování	3
poslech rocku	4	četba tisku	3

**Tabulka č.12 Zájmy a záliby - muži**

<b>Zájmy - muži</b>			
občas o samotě	5	divadla	3
hospody	5	internet	3
kina	4	poslech popu	3
četba románů	4	poslech house	3
tanec	3	studování	3
diskotéky	3	vzdělávání se	3
cluby	3		

### **5.13.2. Povahové vlastnosti**

V této kapitole budeme analyzovat, jaké vlastnosti si přisuzují osoby se schizofrenií v našem souboru. Mějme na paměti, že jsou to ty povahové vlastnosti, které si přejí, aby znali jejich potenciální partneři, kdyby si měli představit, že se přihlašují do internetové seznamky. Tabulka č.12 ukazuje, jaké vlastnosti byly nejčastěji označeny v celém souboru. V tabulkách č.13 a č.14 můžeme vidět nejčastější vlastnosti využitě k popisu sebe sama u žen a u mužů. Muži i ženy (7 respondentů z 11) se popisují jako osoby **spolehlivé**,

**obětavé a naslouchací.** Tyto vlastnosti by skutečně mohly zaujmout potenciální partnery, neboť ukazují, že daný člověk není sobecký a orientuje se i na druhého. O tom svědčí i charakteristika – **podporující a také věrná.** Zajímavé zjištění je, že většina osob ze souboru se vidí jako **klidná, mírná a pečlivá.** Ženy se nejčastěji (4 z 5 respondentek) označují za **spolehlivé a naslouchací.** Muži se vidí jako **obětaví a pečliví.**

**Tabulka č.13 Povahové vlastnosti – celkový soubor**

Povaha - celek			
spolehlivá	7	pozitivní	5
obětavá	7	věrná	5
naslouchací	7	aktivní	5
mírná	6	veselá	4
klidná	6	podporující	4
pečlivá	6	plánovací	4

**Tabulka č.14 Povahové vlastnosti – ženy**

Povaha - ženy			
spolehlivá	4	věrná	3
naslouchací	4	obětavá	3
mírná	3	aktivní	3
klidná	3	plánovací	3

**Tabulka č.15 Povahové vlastnosti - muži**

Povaha - muži			
obětavá	4	pozitivní	3
pečlivá	4	spolehlivá	3
mírná	3	naslouchací	3
klidná	3		



## 5.14. Analýza Dotazníku dosavadních sexuálních zkušeností

Jak jsme již uvedli v popisu použitých metod (Kapitola 6), náš vzorek je příliš malý a věkově velmi variabilní pro kvantitativní analýzu sexuálních zkušeností respondentů. Rozptyl zkušeností respondentů v našem souboru je také velmi široký, proto dále uvedené průměrné hodnoty jsou spíše orientační a dokreslují zjištění získaná z rozhovorů s respondenty. Z toho důvodu se budeme věnovat pouze analýze kvalitativní a deskriptivně popíšeme dosavadní sexuální zkušenosti výzkumného souboru. Rádi bychom zajistili anonymitu u práce s tak intimními daty, jako jsou sexuální zkušenosti, proto budeme v této kapitole většinou uvádět pouze, zda jde o ženy či muže. Jména nahradí náhodně přiřazená čísla tak, aby byla zajištěna anonymita jednotlivých respondentů.

V první řadě jsme zjišťovali, zda jsou respondenti spokojeni se svým sexuálním životem. Ženy jsou spokojenější než muži, což může být důsledkem nižší sexuální potřeby (jak uváděly tři respondentky v rozhovorech) i faktu, že 3 ženy z 5 měly v době sběru dat sexuální partnery, zatímco pouze 2 muži z 6 mužů v souboru mělo partnerky. Není překvapením, že také respondenti sdělovali, že by si museli partnerku najít, aby byli se svým sexuálním životem spokojenější.

Tabulka č.16 Spokojenost se sexuálním životem

ženy	Andrea	Cecilie	Františka	Jana	Klára			průměr
	50	64	50	99	50		celkem ženy	63
muži	Blažej	Daniel	Eda	Gabriel	Hynek	Ivan		
	15	30	75	40	60	100	celkem muži	53
							celkem soubor	58

Dále uvádíme přehled dosavadních sexuálních zkušeností respondentů, pro ilustraci také uvedeme, jaká zjištění přinesl výzkum sexuálního chování normální české populace (Weiss, Zvěřina, 2009). Jedná se o jeden z největších výzkumů týkající se sexuálního chování u české populace, který je kontinuální a vždy po několika letech se opakuje. Proto v této kapitole budeme čerpat pouze z tohoto výzkumu ve chvíli, kdy uvádíme data o normální, běžné populaci.

V tabulce č. 16 shrnujeme přehled základních charakteristik sexuálních zkušeností v souboru mužů, tabulka č. 17 nám pak představuje totéž u žen. **Počátky partnerské sexuality respondentek** (věk první schůzky, zamilovanosti a polibku) se objevují v průměru okolo **17-18 roku věku**, což je o 2-3 roky později, než u žen i mužů z normální populace.

U **mužské skupiny** našeho souboru je průměr právě **okolo 15. roku věku**, jako u běžné české populace. První delší partnerské vztahy navazují muži i ženy z normální populace okolo 18. roku věku, zatímco pacientky o něco později, z průměru až v 21 letech. Muži pak o něco dříve – v devatenácti letech věku, anebo (ve dvou případech) takový vztah dosud nenavázali (nejmladší respondenti ze souboru). Muži z normální populace **začínají se sexuálním životem** (první pohlavní styk) mezi 17. - 18. rokem života, respondenti z našeho souboru začali průměrně také v přibližně **18. letech věku**. **Ženy** z běžné populace také zažívají první sex průměrně v 18. letech, respondentky pak opět o něco později, a to průměrně okolo **21. věku života**. Je však nutné mít na paměti, že náš výzkumný soubor je velmi malý, a tak je tento údaj velmi zkreslující, například jedna respondentka započala svůj sexuální život již ve 14 letech, druhá pak až v 28 letech věku.

V měřeních Zvěřiny a Weisse (2009) vychází, že muži mají za život průměrně 9-10 sexuálních partnerek, zatímco ženy průměrně 5 partnerů. V našem souboru měli **muži (5 respondentů) průměrně 2 sexuální partnerky** a jeden respondent jich měl dokonce 12. U žen byla situace jiná, jedna respondentka na tuto otázku neodpověděla, druhá měla dokonce 30 sexuálních partnerů a tři zbývající respondentky udávají, že měly dosud **průměrně 3 sexuální partnery**. Za poslední rok měli sexuální styk pouze dva respondenti a tři respondentky.

Respondenti vyplnili, že masturbují častěji než respondentky, které udaly, že vůbec neonanují (pouze jedna uvádí, že ano). Jeden z mužů měl již sexuální styk s prostitutkou. Tři respondenti pak měli sexuální styk „na jednu noc“ s náhodnou partnerkou, u tří žen se objevila stejná zkušenost. Nikdo se necítí jako homosexuál, ani neměl homosexuální styk. Jedna žena a jeden muž ze souboru se cítí být **bisexuály**. Tento účastník výzkumu tvrdí, že se mu líbí muži, ale „tuto svou homosexuální stránku nechce nadále rozvíjet“. Jedna z žen má podobnou zkušenost, kdy se několikrát zamilovala do ženy, a tak se také cítí být bisexuální.

**Tabulka č.17 Přehled sexuálních zkušeností – muži**

<b>Respondent</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>Prů- měr</b>
první schůzka s partnerkou- věk	16	16	13	17	14	18	16
první polibek - věk	16	17	13	17	13	18	16
poprvé zamilovaný - věk	7	19	13	14		18	12
první delší vztah se ženou - věk	dosud neměl	19	20	17	dosud neměl	20	19
počet delších vztahů se ženou (min. 6 měsíců)		1		1		2	1
masturbuje	ano, 10x měsíčně	ne	ano, 10x měsíčně	ano, 4x měsíčně	ano, neuvedl jak často	ano, 2x měsíčně	
věk první soulože	17	19	18	18	17	20	18
potíže při první souloži	se ztopořením	neměl	se ztopořením	stud	neměl	neměl	
první soulož z iniciativy	respondenta	obou	respondenta	partnerky	obou	obou	
první sexuální partnerka byla	mladší o 1 rok	starší o 3 roky	starší o 3 roky	stejně stará	stejně stará	mladší o 4 roky	
první sex se uskutečnil	s náhodnou partnerkou	se stálou partnerkou po týdnu známosti	s náhodnou partnerkou	se stálou partnerkou po 8 měsících známosti	s náhodnou partnerkou	se stálou partnerkou	
počet sexuálních partnerek	2	1	12	2	1	5	4
z toho za poslední rok	0	1	1	0	0	0	0
z toho za posledních 5 let	1	0	3	2	1	1	1
sex s příležitostnou partnerkou	měl a to 2x	neměl	měl a to 8x	neměl	neměl	měl a to 3x	0
z toho za poslední rok	0		0			0	
sex s prostitutkou	neměl	neměl	neměl	neměl	neměl	již měl	
sexuální styk s mužem	ne	ne	ne	ne	ne	ne	
považuje se za homosexuála	není si jistý	ne	ne	ne	ne	ne	
považuje se za bisexuála	ano	ne	ne	ne	ne	ne	

**Tabulka č.18 Přehled sexuálních zkušeností – ženy**

<b>Respondentka</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>průměr</b>
první schůzka s partnerem - věk	14	14	24	16	17	17
první polibek - věk	17	14	27	16	17	18,2
poprvé zamilovaná - věk	14	11	27	neuvedla	17	17,25
první delší vztah s mužem - věk	14	26	27	24	17	21,6
počet delších vztahů s mužem (min. 6 měsíců)	2	1	3	3	30	7,8
masturbuje	ne	ne	ne	ne	ano	
věk první soulože	14	26	28	23	18	21,8
první soulož byla z iniciativy	obou	obou	obou	obou	partnera	
první sexuální partner byl	stejně starý	mladší o 4 roky	stejně starý	starší	starší o rok	
počet měsíců známosti se stálým partnerem před prvním stykem	1	1	1	neuvedla	12	
počet sexuálních partnerů	2	6	1	neuvedla	30	9,75
z toho za poslední rok	1	1	1	neuvedla	0	
z toho za posledních 5 let	1	0	0	neuvedla	3	
sex s příležitostným partnerem	neměla	měla a to 1 x	neměla	měla, ale neuvedla kolikrát	měla a to 13x	
z toho za poslední rok	neuvedla	1x	neuvedla	neuvedla	0x	
sexuální styk se ženou	ne	ne	ne	ne	ne	
považuje se za homosexuálku	ne	ne	ne	ne	ne	
považuje se za bisexuálku	ne	ne	ne	ano	ne	

## 6. Výsledky práce

### 6.1. 1. výzkumná otázka

**Jaké zkušenosti mají osoby diagnostikované schizofrenním onemocněním s partnerskými vztahy a sexuálním životem?**

Osoby nemocné schizofrenií nemají bohaté zkušenosti s partnerským životem. Zvláště muži mají málo zkušeností, co se týče dlouhodobých partnerských vztahů. Naproti tomu ženy mají více zkušeností i s dlouhodobými vztahy a některé i s náhodnými vztahy na jednu noc. Někteří muži tyto vztahy také vyhledávali. Ženy zahájily sexuální život o pár let později než muži. Zkušenosti, které mají respondenti s partnerstvím, jsou pozitivní i negativní. Negativní zkušenosti se objevovaly v souvislosti s onemocněním a následnou hospitalizací. Několik partnerských vztahů respondentů skončilo z důvodu jejich léčby. Pozitivní zkušenosti se objevovaly také v souvislosti s podporou, jakou nabízeli partneři v období projevů nemoci.

Většina respondentů navazovala partnerské vztahy s osobami duševně nemocnými. Pacienti se schizofrenií nemají příležitost se seznamovat s novými lidmi, i když by o to stáli. Svou roli v procesu seznamování hraje environmentální blízkost. Osoby nemocné schizofrenií se nejčastěji pohybují ve společnosti dalších pacientů – v léčebnách, chráněných bydleních, chráněných pracovištích i při dalších volnočasových aktivitách pořádaných organizacemi na podporu léčby schizofrenie (stacionáře, dílny, ateliéry,...). Pacienti mají málo příležitostí navázat partnerský vztah s mladými zdravými lidmi. Chybí jim odvaha a dovednosti, jak projevit zájem o druhého. Přesto většina preferuje partnera zdravého, který by jim mohl dávat zpětnou vazbu a pomáhat jim udržet se v realitě. I ti, kteří preferují partnera zdravého, však mají zkušenosti se vztahy s duševně nemocnými. Někdy do vztahů zasahují další osoby, jako jsou lékaři či rodiče, ti by si spíše přáli, aby respondenti měli vztahy se zdravými lidmi.

Na vztazích respondenty nejvíce těší blízkost, sdílení, společné zážitky, podpora od partnera a sexuální uspokojení. Největší obavy mají z rozchodu, hádek a následného zhoršení nemoci. Dále mají strach z partnerova nerespektování jejich režimu a příznaků schizofrenie.

## **6.2. 2. výzkumná otázka**

### **Co pro pacienty se schizofrenií znamenají partnerské vztahy?**

Partnerské vztahy jsou pro pacienty se schizofrenií nesmírně důležité. Pokud jsou v partnerském vztahu, tak si ho velmi váží a vedle rodinných vztahů je to ten nejdůležitější vztah v jejich životě. Pokud vztahy nemají, přejí si nějaký mít a to pouze, pokud jim to nemoc dovoluje. Častou komplikací je anhedonie, apatie a neschopnost se zamilovat a cítit příjemné emoce, což vztahy značně ovlivňuje. Partnerský vztah pro pacienty se schizofrenií znamená oživení života. V nemoci nejsou aktivní, ale spíše pasivní a nevěnují se zájmům ani zálibám, pouze sobě a své nemoci. Partnerský vztah by jim umožnil nemyslet pouze na sebe a schizofrenii, ale i na druhého člověka, starat se o něj a sdílet s ním každodenní život. Byl by to jistý impulz do života, o který osoby se schizofrenií onemocnění stojí.

Spokojenost respondentů se životem je také vázána na partnerský vztah. Osoby, které jsou ve vztahu, sdělují, že partner tvoří velkou část jejich spokojenosti a bez něj by jim bylo hůře. Respondenti, kteří vztah nemají, by si ho přáli a představují si, že by byli spokojenější v životě.

### **6.3. 3. výzkumná otázka**

#### **Jaká očekávání mají osoby se schizofrenním onemocněním od vztahu a od partnera ve vztahu?**

Nejdůležitějším očekáváním, které pacienti mají od svých partnerů a od vztahu celkově, je podpora. Očekávají, že jim partner bude poskytovat oporu a podporovat je v léčbě i při zvládání náročných situací, které nemoc přináší. Klientky očekávají, že je muž materiálně zajistí, a to včetně společného bydlení. Největší radosti dělají klientkám dárky od partnera, očekávají, že jim je partner bude často dávat a tím projevovat svou lásku. Ženy očekávají něžnosti, podporování a pochvaly, zatímco muži dle nich očekávají sex. Klientky si myslí, že pokud jim vyhoví, bude muž s nimi i nadále, což je důvodem, proč se často mužům nabízí a mají sex již na první schůzce. Muži nemají mnoho očekávání, přejí si, aby partnerka byla milá, fyzicky přitažlivá a podporovala je. Všichni respondenti očekávají, že jim vztah přinese chuť do života, bezpečí a jistotu, jakou ve svých životech běžně nemají.

#### **6.4. 4. výzkumná otázka**

##### **Jak vypadá ideální vztah v představě osob se zkušeností se schizofrenním onemocněním?**

Ideální vztah je takový, kde se klient cítí bezpečně, podporován, respektován se všemi svými chybami. V jejich představě dochází k naprostému porozumění, které lze popsat až jako „splynutí duší“. V představě respondentů se objevuje touha po rodině, budování stabilního vztahu, někteří by si přáli být v manželství, mít práci, postarat se o rodinu a přáli by si mít děti. V ideální představě jsou klienti zdraví, netrpí žádnou nemocí. V realitě je však pro ně těžké si představit psychickou úzdravu. Zajímavé je, že respondenti nepředpokládají, že by se vztahy zdravých osob významně lišily od vztahů duševně nemocných. V jejich představě záleží, jak si s daným člověkem porozumí a jak se k sobě budou hodit. U klientů, kteří byli ve vztahu, se představa ideálního partnera překrývala s partnerem stávajícím.



## **6.5. 5. výzkumná otázka**

### **Jak vnímají osoby diagnostikované schizofrenií partnerský vztah v souvislosti s léčbou – jako podpůrný či jako komplikující?**

Osoby nemocné schizofrenií vnímají partnerské vztahy v souvislosti s léčbou jednoznačně jako podpůrné. Ve vztahu se cítí bezpečněji, jistěji, vědí, že mají pro koho žít a proč se léčit. Stabilní partnerský vztah zvyšuje motivaci klientů v léčbě. Respondenti shodně uvádějí, že by jim pomáhalo být ve vztahu, nemyslet pouze na svou nemoc, ale věnovat svou pozornost partnerovi. Nemoc jim nedává žádnou vidinu budoucnosti, nevědí, co je čeká, jak bude probíhat dále jejich léčba a zda se neobjeví další ataka. Respondenti, kteří aktuálně mají partnerský vztah, uvádějí, že se budoucnosti tolik neobávají a v budování stabilního partnerství vidí smysl života. U respondentů, kteří aktuálně partnerský vztah nemají, nacházíme toto v jejich představách. Domnívají se, že by jim vyhovující vztah pomáhal překonat obavy z budoucnosti a budování potenciálního vztahu vnímají jako možný smysl života.

## 7. Diskuse

V rámci této kapitoly se kriticky podíváme nejprve na proces sběru dat, získávání respondentů, průběh rozhovorů. V další části pak oddiskutujeme výsledky našeho šetření a srovnáme je se zahraničními studiemi, neboť v České republice nám není znám výzkum zaměřený přímo na partnerské vztahy u schizofrenních pacientů. Vzhledem k tomuto faktu a nedostatku odborné literatury zabývající se přímo tématem partnerských vztahů u osob se schizofrenním onemocněním, jsme zvolili kvalitativní metodologii, která je vhodná pro výzkum nových, dosud neprozkoumaných témat. Volba kvalitativního výzkumu nejlépe odpovídá cíli našeho výzkumného projektu. Byla zvolena metoda polostrukturovaného hloubkového rozhovoru, která je velmi vhodná pro výzkum tématu, které není dostatečně vědecky popsáno a umožňuje prozkoumání tématu v celé jeho šíři. Rozhovor byl doplněn v rámci triangulace o „dotazníkové metody“, které byly rovněž kvalitativně analyzovány. Výzkumný vzorek byl příliš malý a různorodý pro kvantitativní analýzu získaných dat.

Výběr vzorku byl záměrný, ale jeho průběh mohl ovlivnit výsledky výzkumu. Metoda samovýběru a kontrolovaného výběru za pomoci institucí má své výhody i rizika. Výhodou je, že účastníci jsou pro výzkum motivovaní a téma je zajímavé, zároveň je to však nevýhoda, neboť se tak do vzorku mohou dostat respondenti, pro které je to důležitější téma, než pro jiné osoby ze skupiny mladých osob se schizofrenním onemocněním. Proto je problematický proces zobecnitelnosti na širší skupinu mladých schizofrenních osob. V našem souboru se objevila polovina respondentů, kteří měli v době sběru dat partnera, což nebývá obvyklé. Například Thornicroft a kolegové (2004) uvádějí, že 65% respondentů v jejich studii (N=404) nemělo partnera. Nicméně statisticky není známo, kolik procent osob se schizofrenií je zadaných a kolik bez partnera v České republice.

Vstup respondentů do výzkumu mohl být ovlivněn mnoha faktory a různými okolnostmi, ať už například zájmem o danou problematiku, potřebou sdílení tohoto tématu a zkušeností, finanční odměnou a dalšími.

Pokud se podívám zpět na celý proces sběru rozhovorů, musím přiznat, že role výzkumníka byla v tomto případě velice náročná. V mnoha případech ovlivňovaly symptomy nemoci proces sběru dat. Pro klienty bylo mnohdy náročné vyjádřit své myšlenky, udržet pozornost a popsat své zkušenosti. Rozhovor byl pro klienty dlouhý a únavný. V případě rozhovorů o partnerských vztazích je výzkumník nejen výzkumníkem. V mnoha případech se nabízelo, aby na mém místě seděl zkušený psycholog, psychiatr, či psychoterapeut. Bylo cítit, že respondenti nemají možnost o svých partnerských vztazích

mluvit, ale že to zoufale potřebují. Ve své léčbě nemají příležitost o partnerských vztazích hovořit, a když mají (například v rámci individuální psychoterapie), tuto možnost nevyužívají. Respondenti mají za sebou mnoho zkušeností, některé pozitivní, jiné negativní. Při rozhovoru se otevřeli a mluvili i o svých traumatech, problémech, úzkostech a dalších nepříjemných pocitech. Musím říci, že tato role pro mě nebyla jednoduchá. Často jsem pak od sledování výzkumných otázek přecházela do role „posluchače“ a nechávala jsem klienty mluvit o tom, o čem chtěli a potřebovali. Snažila jsem se je utěšit, podpořit a zklidnit. V této chvíli jsem byla více „člověkem“, než výzkumníkem.

Věřím však, že i toto ke kvalitativnímu výzkumu patří a že cílem výzkumu není pouze sledování výzkumných otázek a jejich naplnění. Jedná se především o kontakt dvou lidí, a tak k tomuto výzkumu bylo přistupováno. Miovský (2006) se k tomuto tématu vyjadřuje následovně: „Jedná se o postoj, kdy jsme jako výzkumníci otevření tomu, že setkání s účastníky výzkumu nemá pouze podtext samotného výzkumu, ale že má širší kontext lidského setkání. Jde o postoj připravenosti setkat se s druhým člověkem jako s bytostí, s níž si máme co říci a jsme schopni vzájemné výměny názorů a zkušeností (Mioviský, 2006, s. 75).

Problematický byl proces interpretace získaných dat. Kvalitní kvalitativní výzkum je takový, kde se respondenti zamýšlí sami nad sebou a nad tématem výzkumu, taková zkušenost je pak může posunout dále. Respondent má možnost si uvědomit svůj svět. To bylo i případem této studie. Respondenti často při odchodu děkovali, že si uvědomili mnoho skutečností o sobě i svých partnerech. Změna názorů a pohledů během rozhovoru je zřejmě i důvodem, proč si několik účastníků během rozhovoru protiřečilo.

Analýza byla v těchto případech náročná, zahrnuty byly veškeré názory respondentů. Tyto informace byly pečlivě roztříděny a okódovány. Přiřazení kódů je velmi subjektivní proces, který prováděla pouze jedna osoba. Pro zvýšení platnosti dat by bylo jistě přínosné, kdyby kódování provádělo více osob. Proces analýzy dat a její výsledky, včetně interpretací byly konzultovány s vedoucí práce.

Ke zmírnění subjektivity a zvýšení validity přiřazení kódů přispěl fakt, že proces kódování byl proveden dvakrát. Poprvé byly kódy přiřazeny formou poznámek do vytisknutých transkriptů, podruhé byly kódy přiřazeny do rozhovorů v rámci programu Atlas.ti 7. Analýza dat byla prováděna s výsledným průnikem obou metod přiřazení kódů. Pro zvýšení validity byla využita metoda triangulace, v hloubkových polostrukturovaných rozhovorech byly použity různé formulace otázek a dotazování se „z více pohledů“ na tutéž

problematiku. Kromě rozhovoru byly využity dotazníkové metody a další způsoby mapování dané problematiky (pyramida vztahů, vztah jako krajina, vztah jako kniha atd.).

Fenomenologicky jsme se dívali na problém partnerských vztahů u osob se schizofrenním onemocněním. Závěry této studie bez pochyb vypovídají o zkušenostech i významů vztahů u této skupiny. Nicméně je velice náročné oddělit, co jsou potíže způsobené nemocí, co jsou vlastnosti a charakteristiky osobnostní a co jsou běžné partnerské potíže, které zažívají i lidé bez zkušenosti s duševním onemocněním. Hranice mezi těmito kategoriemi je příliš tenká a v našem výzkumu prakticky nerozlišitelná. Bylo by však velmi zajímavé zaměřit další výzkumy na tuto problematiku.

Výsledky našeho výzkumu naznačují, že osoby se schizofrenií, obzvláště muži, subjektivně pociťují, že mají málo zkušeností v oblasti partnerských vztahů. Výzkum kvality života u schizofrenních pacientů Výzkum Vavrečkové Salihové (2008) ukazuje, že pacienti přisuzují sexuálnímu životu nižší důležitost než běžná populace, což interpretuje tak, že pacienti pro nedostatek partnerských vztahů a příležitostí k seznámení na svůj sexuální život rezignovali (Vavrečková Salihová, 2008). Naproti tomu Fortier a kolegové (2003) uvádí, že osoby se schizofrenií mají stejnou touhu navazovat sexuální vztahy jako mladí lidé bez zkušenosti se schizofrenií, ale nejsou schopni vynaložit podstatné úsilí k dosažení uspokojení této touhy (Fortier et al., 2003).

Dle našich zjištění pacienti po vztazích touží, přejí si navazovat sexuální i partnerské vztahy a na tuto oblast nerezignovali, ba právě naopak, pokud mohou, navazují partnerské i milenecké vztahy a přejí si je udržet a mít dlouhodobý vztah. Důležitost partnerských vztahů a obecně sociálních vztahů uvádí i výzkum Lencuchy a jeho kolektivu (2008). Pacienti se schizofrenií mají málo rozvinutou síť sociálních vztahů (Cechnicki, Wojciechowska, & Valdez, 2008), což se potvrdilo i v našem výzkumu, kdy pacienti udávali, že mají ve svém okolí malý počet blízkých osob a přáli by si jich mít více.

Klienti selhávají v procesu navazování vztahů, oslovování neznámých osob a projevení zájmu o potencionálního partnera. Naše zjištění jsou ve shodě s výzkumy Lencuchy a kolektivu (2008), pacientům trvá dlouhou dobu (1-3 měsíce), než osloví osobu, která je zaujme a snaží se s ní navázat vztah. Shodujeme se také ve zjištění, že pacienti mají málo příležitostí k seznamování se s novými lidmi (Lencucha et al., 2008). Nedostatek partnerských zkušeností může být způsoben deficitem v oblasti sociální kognice. Naše zjištění navádí na skutečnost, že osoby se schizofrenním onemocněním často neumí projevit zájem o druhého člověka adekvátním způsobem či rozpoznat jeho zájem. To může

být způsobeno poruchou sociálně kognitivních funkcí, jako je rozpoznávání emocí druhých osob a především proces theory of mind (Newman, 2004).

Osoby se schizofrenií mají málo koníčků a volnočasových aktivit a přejí si jich mít více (Vavrečková Salihová, 2008; Cannon et al., 1999), což se potvrzuje i v našem výzkumu. Zájmy a záliby, které pacienti popisují, jsou často individuální a ne skupinové a nepobízí k navazování vztahů s dalšími osobami. Osoby se schizofrenií se dle našeho zjištění nevěnují sportovním aktivitám, což potvrzuje výzkum Cannona a kolegů (1998). Vavrečkové Salihové (2008) rovněž poukazuje na potřebu materiálního zabezpečení a hmotného majetku („chtějí mít věci, které se jim líbí, po kterých touží“). V našem výzkumu se tato tendence projevuje formou požadavku na dostávání dárků od partnerů, který uváděly respondentky.

Nalézt a udržet si stabilní partnerský vztah je pro pacienty náročné. Objevuje se tendence pacientek vyhovět svému partnerovi, což se projevuje tak, že s ním mají sexuální styk hned v počátku vztahu. Pacientky toto vnímají jako způsob, jak si partnera udržet a to i přesto, že sami o sex stojí až v pozdější fázi vztahu. Podobná zjištění přináší výzkum Mansour-Musové a Weisse (2004a), kteří zjišťují více sexuálních aktivit pacientek zaměřených na uspokojení partnera (ejakulace do úst, anální styk apod.) a dané zjištění interpretují také jako tendenci k chování vedoucímu k udržení si partnera a vyhovění mu. Pacientky se schizofrenií jsou častým terčem sexuálního zneužívání (Mansour-Musová & Weiss, 2004c), v našem výzkumu se objevil jeden případ sexuálního zneužití v anamnéze jedné z respondentek.

Pacienti se schizofrenií se snaží žít „normální život“ a k takovému patří i partnerství a manželství. Výzkumy naznačují, že stabilní manželství je podpůrným faktorem v léčbě (Shim & Yu, 2009). Potřeba afiliace a lásky patří do základních lidských potřeb, pacienti se schizofrenií po stabilním partnerském vztahu a lásce přirozeně touží a to stejně jako normální populace (Häfner, 2003), na což poukazují i výsledky naší analýzy. Osoby se schizofrenií předpokládají, že navázání partnerského vztahu by bylo šancí ke zvýšení sebedůvěry a sebeúcty (Redmond, Larkin, & Harrop, 2010), naše výsledky prezentují, že by se klienti cítili bezpečněji a jistěji, což odpovídá zjištěním Redmonda a kolegů (2010).

Výsledky našeho výzkumu ukazují, že pacienti preferují partnery zdravé, kteří by jim dávali zpětnou vazbu, „nastavovali jim zrcadlo“ a usazovali je v realitě. Praško a kolektiv (2005) uvádí, že člověk nemocný psychózou potřebuje alespoň jednu spolehlivou, čestnou a stabilní blízkou osobu, která mu pomáhá vytvářet si jasné hranice pro přijatelné chování (Praško et al., 2005). Boydell a kolegové (2002) zjistili, že přátelé osob nemocných

schizofrenií jim poskytují referenční bod, díky kterému může nemocný člověk porovnávat svůj vnitřní život s prožitky ostatních. Jejich výzkum ukazuje, že myšlenky a pocity jedince jsou často posuzovány skrze sociální kontakty s přáteli. Náš výzkum ukazuje, že stejnou roli hrají či by v představě klientů zajišťovali i partneři.

Naše výsledky naznačují tendenci profesionálů i nejbližšího okolí klientů (rodina) k preferenci zdravých partnerů pro schizofrenní pacienty. Tento fakt může být kulturně ovlivněn. Například výzkumy z Jižní Korey poukazují na preferenci rodin pacientů se schizofrenií k výběru partnera rovněž s duševní nemocí, neboť rodina zná problematiku onemocnění a respektuje ho (Shim & Yu, 2009).

Naše výsledky ukazují, že pokud mají pacienti se schizofrenií fungující stabilní partnerský vztah, tento jim pomáhá v léčbě, ke stejnému závěru dospěli Shim a Yu (2009). Ve shodě s dalšími výzkumníky zjišťujeme, že partnerství přináší pacientům pocit jistoty, bezpečí a další pozitivní emoce (Wilson-Shockley, 1995), na druhou stranu ale také může vést k zhoršení nemoci, díky stresovým situacím ve vztahu nebo rozchodu, což může být rizikovým faktorem pro rozvoj schizofrenní ataky (Redmond et al., 2010). Ke stejným zjištěním jsme dospěli v našem šetření.

Pro pacienty v procesu léčby je velice důležitá podpora jejich okolí a pocit, že se o ně někdo zajímá a stará (Topor et al., 2006). Podpoření léčebného procesu se projevuje především podporou partnera, lepším psychickým rozpoložením a tím, že se pacienti cítí bezpečněji. Pacienti zároveň mají pro co žít a to je motivuje ke spolupráci v léčbě. Aktivní podíl pacientů na léčbě je při této nemoci klíčový. Jak uvádí Holub a Motlová (2005), nespolutrácce v léčbě je velkým problémem u schizofrenních pacientů. „Noncompliance – nespolutrácce při léčbě – je rozšířená, například až 80 % pacientů se schizofrenií nedodrží léčbu. Mezi příčiny nespolutrácce patří některé charakteristiky nemoci samotné, problémy plynoucí z léčby a nedostatečná podpora příbuzných“ (Holub & Motlová, 2005, s. 514).

Přitom pokud pacient v léčbě spolupracuje, užívá předepsanou medikaci a aktivně se podílí na své léčbě, může to velmi pozitivně ovlivnit celý průběh nemoci (Bankovská Motlová & Španiel, 2011) Dodáváme tedy, že i podpora partnerů může hrát velkou roli ve spolupráci při léčbě.

V České republice je téma partnerství a manželství u osob s duševním onemocněním, a zvláště pak s psychotickým, nedostatečně prozkoumané. Především výzkum zaměřený na problematiku sociálních vztahů u osob se schizofrenním onemocněním v České republice chybí. Ukazuje se, že pro osoby nemocné schizofrenií je problémem navazovat sociální vztahy. Co tento problém způsobuje? Jak osoby se schizofrenií navazují sociální vztahy a jak je udržují? To jsou otázky, na které zatím schází odpověď. Dříve, než se tedy budou provádět další výzkumy o partnerských vztazích u osob se schizofrenií, bylo by potřebné se věnovat sociálním vztahům u schizofrenie obecně.

Rovněž výzkumy zaměřené na sociální kognici u schizofrenie a trénink těchto funkcí je v současné době v České republice nedostatečný. Další výzkumy a rovněž psychosociální intervence by se měly zaměřit na oblast zvládání běžného života, naplňování potřeb, a to včetně potřeb sociálních a afilačních. Lidé se schizofrenií po vztazích přirozeně touží a jak ukazuje naše studie, pokud je mají, jsou spokojenější a cítí se zdravější. Proto by bylo vhodné podporovat osoby se schizofrenií v navazování sociálních vztahů, pokud o to stojí i vztahů partnerských. Osobám se schizofrenií chybí podstatné sociální zkušenosti, špatně zvládají zátěžové situace, jako jsou hádky, konflikty a rozchod.

Dle našeho mínění by měly být součástí psychosociální intervence nácviky sociálních situací, rozvoj sociálních dovedností i dovedností partnerských a zvyšování odolnosti vůči stresu a zátěžovým situacím. Ukazuje se, že velkou roli v navazování a udržování sociálních vztahů hraje sociální kognice (Bartholomeusz & Allott, 2012). Deficit, jaký osoby se schizofrenií vykazují v této oblasti, může přispívat k nemožnosti navázání partnerského vztahu i přátelských vztahů. Je potřeba dalších výzkumů v oblasti sociální kognice, neboť v České republice je jich nedostatek. Rovněž remediace sociálně kognitivních funkcí v ČR chybí a intervence v této oblasti by mohla vést k lepšímu zvládání běžného života u osob se schizofrenií.

## 8. Závěr

V této diplomové práci jsem se věnovala tématu partnerských vztahů u osob se schizofrenním onemocněním. V teoretické části jsem popsala, jaká specifika přináší toto onemocnění, jeho etiologii, epidemiologii, průběh nemoci i symptomy, které se u schizofrenie objevují. Popsala jsem současné metody léčení schizofrenie. Věnovala jsem se rovněž oblasti sociální a deficitu, který pacienti se schizofrenií mají v této oblasti, především v sociálních dovednostech a sociální kognici. Dále jsem se krátce věnovala partnerským vztahům u osob zdravých a v další kapitole u osob nemocných schizofrenií. Diplomovou práci uzavírá empirická část, ve které byl prezentován výzkum využívající kvalitativní metodologii. Zkoumala jsem, jaký význam mají partnerské vztahy pro osoby se schizofrenií, jaká jsou jejich očekávání, představy ideálu a zkušenosti s partnerstvím. Zjistila jsem, že partnerské vztahy jsou pro osoby se schizofrenním onemocněním nepochybně důležité téma. Přejí si mít partnera, sdílet s někým své pocity, bavit se o každodenních věcech. V představě osob se schizofrenním onemocněním by jim vztahy pomáhaly v léčbě. Především by tak odvedli svou pozornost od sebe, mohli by se zaměřit na druhého člověka. Mohli by dostávat lásku, podporu, navázat důvěrný vztah. Zároveň by mohli i dávat. Klienti nemají příliš příležitostí, kde by se mohli seznamovat s potencionálními partnery. Mají málo koníčků, zájmů a volnočasových aktivit, které by zahrnovaly návštěvu společenských akcí.

Osoby se schizofrenií preferují partnery zdravé, kteří by jim mohli dávat zpětnou vazbu o jejich nemoci, „uvádět je do reality“, nabízet jim zdravý pohled. Mají však málo příležitostí zdravé mladé lidi potkat. Pokud se jim naskytne příležitost, neví, jak kontakt navázat. Klienti stojí o kontakt se zdravými lidmi a přejí si žít více společenským životem. Většinou mají pacienti se schizofrenií invalidní důchod, nepracují, a pokud, tak v chráněném zaměstnání, kde se často setkávají s ostatními spolupacienty. Není tedy divu, že ti, kteří jsou zadáni, mají většinou partnery se zkušeností s duševním onemocněním. Tito se vyjadřují v tom smyslu, že jim partneři tak lépe rozumí, více je chápou a respektují jejich psychický stav. Respekt režimu, který nemoc vyžaduje, je jeden z nejdůležitějších aspektů, který klienti očekávají od partnera. Potřebují důvěru, pochopení a informovanost partnera o nemoci. Nemoc zasahuje i do samotného průběhu vztahu. Především emoční oploštělost, neschopnost cítit emoce a nežádoucí účinky léků (únava, sexuální poruchy,...) jsou velkou komplikací, která zasahuje do partnerského života. Partnerské vztahy ale také přináší mnoho pozitivních emocí. Především pacientům záleží na budování společného života. Často



si přejí mít rodinu, případně i děti. To nejdůležitější, co na vztazích vnímají, je to, že vztahy jim dávají smysl života a probouzí je k aktivitě. V jejich představě by jim partnerský vztah mohl pomoci i v nemoci a jejich léčbě. Ve vztahu se cítí zdravější a spokojenější. Osoby, které neměli partnera, často uváděli, že by se jejich spokojenost se životem a s tím spojená kvalita života zvýšila, kdyby měli funkční partnerský vztah.

Další výzkumy jsou potřebné v oblasti sociálního fungování u osob se schizofrenním onemocněním. V České republice je nedostatečně prozkoumané téma sociální kognice u schizofrenie, sociálních vztahů i partnerství. Je potřeba dalších výzkumů a případně psychosociálních intervencí, které by osobám se schizofrenním onemocněním dopomohly ke zvýšení kvality života.

## Seznam použitých zdrojů

- Addington, J., Piskulic, D., & Marshall, C. (2010). Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 260-263.
- Bai, Y. M., Huang, Y., Lin, C. C., & Chen, J. Y. (2000). Emerging homosexual conduct during hospitalization among chronic schizophrenia patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(5), 350–353.
- Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2011). Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století. Praha: Mladá fronta a.s.
- Bartholomeusz, C. F., & Allott, K. (2012). Neurocognitive and Social Cognitive Approaches for Improving Functional Outcome in Early Psychosis: Theoretical Considerations and Current State of Evidence. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2012, 1–15. doi:10.1155/2012/815315
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117(3), 497.
- Bellack, A. S. (2004a). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 375–391.
- Bellack, A. S. (2004b). Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide. The Guilford Press podle Ikebuchi, E. (2007). Social skills and social and nonsocial cognitive functioning in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 16(5), 581–594.
- Birkbeck University of London. (2011). Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Dostupné z <http://www.ipa.bbk.ac.uk/about-ipa>.
- Bond, G. R. (1992). Vocational rehabilitation. *Handbook of psychiatric rehabilitation* (Vol. 166, pp. 244–275). New York: Macmillan podle Motlová, L., & Koukolík, F. (2004). Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén.
- Bouček, J. a kolektiv. (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Boydell, K. M., Gladstone, B. M., & Crawford, E. S. (2002). The dialectic of friendship for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 123–131.
- Brunell, A. B., Pilkington, C. J., & Webster, G. D. (2007). Perceptions of risk in intimacy in dating couples: Conversation and relationship quality. *Journal of social and clinical psychology*, 26(1), 92–118.
- Cannon, M., Jones, P., Huttunen, M. O., Tanskanen, A., Huttunen, T., Rabe-Hesketh, S., & Murray, R. M. (1999). School performance in Finnish children and later development of schizophrenia: a population-based longitudinal study. *Archives of general psychiatry*, 56(5), 457.
- Carey, M. P., Carey, K. B., Maisto, S. A., Gordon, C. M., & Venable, P. A. (2001). Prevalence and Correlates of Sexual Activity and HIV-related Risk Behavior among Psychiatric Outpatients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(5), 846–850.
- Cechnicki, A., Wojciechowska, A., & Valdez, M. (2008). The social network and the quality of life of people suffering from schizophrenia seven years after the first hospitalisation. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 31–38.
- Cohen, R. M., & Struková, S. (2002). *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál.

- Corcoran, R. (2004). Theory of mind and schizophrenia. In P. W. Corrigan, & D. L. Penn (Eds.), *Social cognition and schizophrenia*. (pp. 149–174). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Cornblatt, B. A., Lencz, T., Smith, C. W., Correll, C. U., Auther, A. M., & Nakayama, E. (2003). The schizophrenia prodrome revisited. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 633–651.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Kuwabara, S. A. (2010). Social Psychology of the Stigma of Mental Illness: Public and Self-Stigma Models In Maddux J. E., & Tangney J. P. (Eds.), *Social Psychological Foundations of Clinical Psychology*. New York: The Guilford Press.
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (2004). *Social Cognition and Schizophrenia*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- ČSÚ. (2011). *Porodnost a plodnost 2006 až 2010* (analýza No. a-4008-11). Dostupná z: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4008-11>.
- Češková, E. (2007). *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf Jessenius.
- Davidson, L. (2003). Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia. NYU Press.
- DeLisi, L. E. (1992). The significance of age of onset for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18(2), 209–215.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Discinson, D., Goldberg, R. W., Kreyenbuhl, J. et al. (2010). The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 48-70.
- Doubek, P., Praško, J., Hons, J., & Herman, E. (2010). *Psychóza v životě - život v psychóze: Informace, rady a doporučení*. Praha: Maxdorf.
- Duševní poruchy a poruchy chování: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize : diagnostická kritéria pro výzkum. (1996). Praha: Psychiatrické centrum.
- Erikson, E. H. (1999). Životní cyklus rozšířený a dokončený. Praha: Nakladatelství Lidové noviny podle Vaničková, J. (2007). *Mezi dospíváním a dospělostí: z pohledu mladých žen* (Rigorózní práce). Fakulta sociálních studií, Masarykova Univerzita, Brno.
- Erikson, E. H. (2002). Dětství a společnost. Praha: Argo podle Vaničková, J. (2007). *Mezi dospíváním a dospělostí: z pohledu mladých žen* (Rigorózní práce). Fakulta sociálních studií, Masarykova Univerzita, Brno.
- Fiedler, K., & Bless, H. (2001). Sociální kognice. *Sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Fortier, P., Mottard, J. P., Trudel, G., & Even, S. (2003). Study of sexuality-related characteristics in young adults with schizophrenia treated with novel neuroleptics and in a comparison group of young adults. *Schizophrenia bulletin*, 29(3), 559.
- Geyer, M. A. (2010). New Opportunities in the Treatment of Cognitive Impairments Associated With Schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 264-269.
- Grace, A. A. (2010). Ventral Hippocampus, Interneurons, and Schizophrenia: A New Understanding of the Pathophysiology of Schizophrenia and Its Implications for Treatment and Prevention. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 232-237.
- Green, M. (2012). Social Cognition Schizophrenia: Rationale and Strategies for Training Intervention. Presented at the 3rd Schizophrenia International Research Conference, Florence, Italy.
- Green, M. F., & Horan, W. P. (2010). Social cognition in schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19(4), 243–248.

- Hansson, L., Middelboe, T., Sørgaard, K. W., Bengtsson-Tops, A., Bjarnason, O., Merinder, L., Nilsson, L., et al. (2002). Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 343–350.
- Harvey, P. D. (2010). Cognitive Functioning and Disability in Schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19(4), 249–254.
- Häfner, H. (2003). Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*, 28, Supplement 2(0), 17–54.
- Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál.
- Ho, B. C., Nopoulos, P., Flaum, M., Arndt, S., & Andreasen, N. C. (1998). Two-year outcome in first-episode schizophrenia: predictive value of symptoms for quality of life. *American Journal of Psychiatry*, 155(9), 1196.
- Holub, D., & Motlová, L. (2005). Compliance a adherence: spolupráce při léčbě. *Remedia*, 2005(6), 514–516.
- Hooley, J. M. (2010). Social Factors in Schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19(4), 238–242.
- Horan, W. P., Kern, R. S., Green, M. F., & Penn, D. L. (2008). Social cognition training for individuals with schizophrenia: emerging evidence. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(3), 205–252.
- Choi, J. S., Chon, M. W., Kang, D. H., Jung, M. H., & Kwon, J. S. (2009). Gender difference in the prodromal symptoms of first-episode schizophrenia. *Journal of Korean medical science*, 24(6), 1083.
- Ikebuchi, E. (2007). Social skills and social and nonsocial cognitive functioning in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 16(5), 581–594.
- Jablensky, A., & Cole, S. (1997). Is the earlier age at onset of schizophrenia in males a confounded finding? Results from a cross-cultural investigation. *The British Journal of Psychiatry*, 170(3), 234.
- Jarolímek, M., & Scheansová, A. (2011). Škola seznamování: Ahoj, já jsem Pepa a chci s tebou souložit. Prezentováno na XIV. Ročníku konference O sexualitě a lidských vztazích, Uherské Hradiště. Dostupný z <http://sex.systemic.cz/archive/cze/textbook2011/19%20-%20Jarolimek.pdf>.
- Jibson, M. D., Glick, I. D., & Tandon, R. (2004). Schizophrenia and other psychotic disorders. *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 2(1), 17–30.
- Jobe, T. H., & Harrow, M. (2010). Schizophrenia Course, Long-Term Outcome, Recovery, and Prognosis. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 220–225.
- Karlsgodt, K. H., Sun, D., & Cannon, T. D. (2010). Structural and Functional Brain Abnormalities in Schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 226–231.
- Katrňák, T., Lechnerová, Z., Pakosta, P., & Fučík, P. (2010). *Na prahu dospělosti*. Praha: Dokořán s.r.o.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- King, S., St-Hilaire, A., & Heidkamp, D. (2010). Prenatal Factors in Schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 209–213.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2005). *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. The Guilford Press.

- Kirkpatrick, B., Castle, D., Murray, R. M., & Carpenter Jr, W. T. (2000). Risk factors for the deficit syndrome of schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 26(1), 233.
- Koukolík, F. (2000). *Lidský mozek: Funkční systémy. Normy a poruchy*. Praha: Portál.
- Koukolík, F., & Motlová, L. (2004a). Etiologie. *Schizofrenie: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
- Koukolík, F., & Motlová, L. (2004b). Patofyziologie. *Schizofrenie: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
- Kratochvíl, S. (2006). Manželská a rodinná terapie. Praha: Portál.
- Kurtz, M. M., & Richardson, C. L. (2011). Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophrenia Bulletin*.
- Lencucha, R., Kinsella, E. A., & Sumsion, T. (2008). The formation and maintenance of social relationships among individuals living with schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(4), 330–355.
- Leucht, S., Burkard, T., Henderson, J., Maj, M., & Sartorius, N. (2007). Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 317–333.
- Libiger, J. (2001). *Stigma duševního onemocnění*. Psychiatrie, 4(1).
- MacCabe, J. H. (2008). Population-based cohort studies on premorbid cognitive function in schizophrenia. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 77–83.
- MacCabe, J. H., Brébion, G., Reichenberg, A., Ganguly, T., McKenna, P. J., Murray, R. M., & David, A. S. (2012). Superior intellectual ability in schizophrenia: Neuropsychological characteristics. *Neuropsychology*, 26(2), 181–190.
- MacCabe, J. H., Koupil, I., & Leon, D. A. (2009). Lifetime Reproductive Output Over Two Generations in Patients with Psychosis and Their Unaffected Siblings: The Uppsala 1915–1929 Birth Cohort Multigenerational Study. *Psychological Medicine*, 39(10), 1667–76.
- Malá, E. (2005). *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing.
- Malmberg, A., Lewis, G., David, A., & Allebeck, P. (1998). Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 172(4), 308–313.
- Mansour-Musová, H., & Weiss, P. (2006a). Sexuální funkce a sexuální aktivity patientek s onemocněním schizofrenního okruhu. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(6), 294–298.
- Mansour-Musová, H., & Weiss, P. (2006b). Sexuální orientace a homosexuální chování u patientek s onemocněním schizofrenního okruhu. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(3), 127–129.
- Mansour-Musová, H., & Weiss, P. (2006c). Zkušenosti se sexuálním zneužitím a se sexuálním násilím u patientek s onemocněním schizofrenního okruhu. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(4), 179–182.
- Mason, S. E., & Miller, R. (2001). Safe sex and first-episode schizophrenia. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65(2), 179–193.
- Meaney, A. M., & O’Keane, V. (2002). Prolactin and schizophrenia: clinical consequences of hyperprolactinaemia. *Life Sciences*, 71(9), 979–992.
- Mioviský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing.
- Moritz, S. (2012). Metacognitive Training in Schizophrenia Patients (MCT). Presented at the 3rd Schizophrenia International Research Conference, Florence, Italy.

- Motlová, L. (2004a). Epidemiologie: výskyt, průběh, prognóza. *Schizofrenie: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
- Motlová, L. (2004b). Terapie schizofrenie. *Schizofrenie: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
- Motlová, L. (2004c). Schizofrenie a společnost. *Schizofrenie: Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
- Mueser, K. T., & Bellack, A. S. (2007). Social skills training: Alive and well? *Journal of Mental Health*, 16(5), 549–552.
- Newman, L. S. (2004). What is “social cognition”? Four basic approaches and their implications for schizophrenia research In Corrigan P. W., & Penn D. L. (Eds.), *Social cognition and schizophrenia*. (pp. 41–72). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Palmer, B. W., Heaton, R. K., Paulsen, J. S., Kuck, J., Braff, D., Harris, M. J., Zisook, S., et al. (1997). Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychology*, 11(3), 437.
- Parks, J., Svendsen, D., Singer, P., Foti, M., & Mauer, B. (2006). Morbidity and mortality in people with serious mental illness. National Association of State Mental Health Program Directors, 2006. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council. Dostupný z [http://www.nasmhpd.org/general\\_files/publications/med\\_directors\\_pubs/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf](http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/med_directors_pubs/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf).
- Patterson, T. L., & Leeuwenkamp, O. R. (2008). Adjunctive Therapies for the Treatment of Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100, 108–119.
- Penn, D. L., Combs, D., & Mohamed, S. (2004). Social cognition and social functioning in schizophrenia. In Corrigan P. W., & Penn D. L. (Eds.), *Social cognition and schizophrenia*. (pp. 97–121). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Penna, S., & Sheehy, S. P. . (2000). Sex Education and Schizophrenia: Should Occupational Therapists Offer Sex Education to People with Schizophrenia? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(3), 126–131.
- Perivoliotis, D., Grant, P. M., & Beck, A. T. (2009). Advances in cognitive therapy for schizophrenia: empowerment and recovery in the absence of insight. *Clinical Case Studies*, 8(6), 424.
- Perkins, D. O. (2002). Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* podle Motlová, L., & Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
- Praško, J. Psychiatrie In Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tis.
- Praško, J., Bareš, M., Horáček, J., Mohr, P., Motlová, L., Seifertová, D., & Španiel, F. (2005). *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách : příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Medical Tribune CZ.
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L., & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the “mental illness is an illness like any other” approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 303–318.
- Redmond, C., Larkin, M., & Harrop, C. (2010). The personal meaning of romantic relationships for young people with psychosis. *Clinical child psychology and psychiatry*, 15(2), 151.

- Shim, W., & Yu, M. Y. E. E. (2009). Couples with schizophrenia “becoming like others” in South Korea: Marriage as part of a recovery process. *Family process*, 48(3), 429–440.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative research in psychology*, 1(1), 39. doi:10.1191/1478088704qp004oa.
- Smolík, P. (1996). Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. Praha: Maxdorf.
- Spilková, J., & Venglářová, M. (2004). Sexuální život u pacientů s psychickým onemocněním. *Česká psychiatrie a svět*. Praha: Galén.
- Šrámková, T. (2010). Sexualita handicapovaných. In Weiss, P. et al., *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing.
- Švaříček, R. (2007). Kritéria kvality kvalitativního výzkumu. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- *Terapeutická komunita Mýto*. (2011). Dostupné z [www.komunitamyto.cz](http://www.komunitamyto.cz).
- Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., Knapp, M., Leese, M., Schene, A., & Vazquez-Barquero, J. L. (2004). The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophrenia Research*, 69(2-3), 125-132.
- Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I., & Davidson, L. (2006). Others: The role of family, friends, and professionals in the recovery process. *Archives of Andrology*, 9(1), 17–37.
- Tsang, H. W.-H., & Pearson, V. (2001). Work-Related Social Skills Training for People With Schizophrenia in Hong Kong. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 139-148.
- Tschacher, W. (2006). Introduction to Psychotherapy of Schizophrenic Patients: Basis, Spectrum, Evidence, and Perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 32(suppl 1), i–iii.
- ÚZIS. (2011). *Činnost ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2010* (aktuální informace No. 21/2011). Praha. Dostupný z [www.uzis.cz/system/files/21\\_11.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/21_11.pdf).
- Vágnerová, M. (2000). Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál.
- Valentová, V. (2008). Sociální práce s člověkem s psychotickým onemocněním a komunitní péče. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing.
- van Os, J. (2009). “Salience syndrome” replaces “schizophrenia” in DSM-V and ICD-11: psychiatry’s evidence-based entry into the 21st century? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 363–372. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01456.x.
- Vaničková, J. (2007). *Mezi dospíváním a dospělostí: z pohledu mladých žen* (Rigorózní práce). Fakulta sociálních studií, Masarykova Univerzita, Brno.
- Vavrečková Salihová, H. (2008). *Kvalita života u pacientů s dg. schizofrenie v remisi* (Rigorózní práce). Psychologický ústav, Filozofická fakulta, Masarykova Univerzita, Brno.
- Walker, E., Kestler, L., Bollini, A., & Hochman, K. M. (2004). Schizophrenia: Etiology and Course. *Annual Review of Psychology*, 55, 401-430.
- Walker, E., Shapiro, D., Esterberg, M., & Trotman, H. (2010). Neurodevelopment and Schizophrenia: Broadening the Focus. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 204-208.
- Walker, E., & Tessner, K. (2008). Schizophrenia. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 30-37.

- Weiss, P., & Zvěřina, J. (2009). Sexuální chování v ČR: Srovnání výzkumů z let 1993, 1998, 2003 a 2008. *Sexuologický ústav I. LF UK a VFN Praha*. Dostupný z: <http://mep.zverina.cz/files/103-sexualni-chovani-v-cr-srovnani-vy-zkumu-z-let-1993-1998-2003-a-2008.pdf>.
- Wilk, C. M., Gold, J. M., McMahon, R. P., Humber, K., Iannone, V. N., & Buchanan, R. W. (2005). No, it is not possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal. *Neuropsychology*, 19(6), 778.
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method* (2. ed.). Buckingham: Open University Press.
- Wilson-Shockley, S. (1995). Gender differences in adolescent depression: The contribution of negative affect. University of Illinois at Urbana-Champaign.
- WHO. (2006). Schizophrenia : Youth's Greatest Disabler - Some facts and figures. Dostupné z: [http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1827\\_8054.htm](http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1827_8054.htm)
- *Zdravý životní styl u psychóz*. (2010). Dostupný z: [http://www.psychosy.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=61&Itemid=54](http://www.psychosy.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=54).
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V. H., & Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 77(1), 1–9.



## ***Přehled tabulek***

- Tabulka č.1 Charakteristika souboru – věk**
- Tabulka č.2 Charakteristika souboru – ženy**
- Tabulka č.3 Charakteristika souboru – muži**
- Tabulka č.4 Schéma asociace na „vztah“ - ženy**
- Tabulka č.5 Schéma asociace na „vztah“ -muži**
- Tabulka č.6 Schéma asociace na „partnerský vztah“ - ženy**
- Tabulka č.7 Schéma asociace na „partnerský vztah“ – muži**
- Tabulka č.8 Vztahy - přehledu četnosti nejdůležitějších typů vztahů**
- Tabulka č.9 Spokojenost se životem**
- Tabulka č.10 Zájmy a záliby – celkový soubor**
- Tabulka č.11 Zájmy a záliby – ženy**
- Tabulka č.12 Zájmy a záliby - muži**
- Tabulka č.13 Povahové vlastnosti – celkový soubor**
- Tabulka č.14 Povahové vlastnosti – ženy**
- Tabulka č.15 Povahové vlastnosti - muži**
- Tabulka č.16 Spokojenost se sexuálním životem**
- Tabulka č.17 Přehled sexuálních zkušeností – muži**
- Tabulka č.18 Přehled sexuálních zkušeností – ženy**

## ***Přílohy***

Příloha č.1 - Leták pro klienty

Příloha č.2 – Dopis pro organizace

Příloha č.3 – Informovaný souhlas

Příloha č.4 – Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č.5 - „Dotazník dosavadních sexuálních zkušeností“

Příloha č.6 - „Dotazník do seznamky“

Příloha č.7 – Pyramida vztahů

Příloha č.8 – Škála spokojenosti se životem

Příloha č.9 – Demografické údaje



*Partnerské vztahy  
u osob se schizofrenním  
onemocněním  
Kvalitativní výzkum*

*Kdo se může do výzkumu přihlásit:*

- Muži i ženy ve věku 18-30 let,
- kteří mají diagnostikovanou nemoc **schizofrenii** (F20, jakýkoli typ)
- a jsou alespoň **6 měsíců v remisi** (bez akutních příznaků).

Výzkum probíhá formou rozhovoru, který trvá obvykle 90-120 minut a náleží za něj **odměna 200 Kč**.

Pokud splňujete tyto podmínky a máte chuť se výzkumu zúčastnit, napište prosím sms na [redacted] (Anna Říhová) nebo napište email na [annarihova@volny.cz](mailto:annarihova@volny.cz). Výzkum probíhá do 31.5.2012.

Výzkum je realizován v rámci zpracování diplomové práce pod záštitou Univerzity Karlovy, Filozofické fakulty, katedry psychologie a je financován z vnitřních grantů FF UK.



## **Příloha č.2 – Dopis pro organizace**

Dobrý den,

jsem studentkou psychologie v 6. ročníku na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy. V současné době připravuji výzkumný projekt na téma „Partnerské vztahy u osob se schizofrenním onemocněním“. Výzkum bude sloužit jako empirická část diplomové práce vedené PhDr. Katarinou Lonekovou PhD. Výzkum je realizován ve formě rozhovoru vztahujících se k partnerskému životu osob se schizofrenním onemocněním (F20). Výzkumné osoby by měly být ve věku 18-35 let a nejméně půl roku ve fázi remise. Veškerá získaná data budou použita k výzkumným účelům, a to pouze budou-li v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a jejich uchování v informačních systémech. Ve výzkumu budou dodrženy etické zásady vedení rozhovoru i realizace výzkumu a v průběhu realizace výzkumného rozhovoru bude mít výzkumná osoba kdykoli možnost rozhovor ukončit. Projekt je financován z vnitřních grantů FF UK, a proto respondentům náleží odměna 200 Kč za zrealizovaný rozhovor.

Oslovuji vás tímto s prosbou o možnou spolupráci a pomoc s nakontaktováním osob, které by byly ochotné se tohoto výzkumu zúčastnit. V případě, že pro vás bude takováto spolupráce možná, kontaktujte mě prosím (uvedené kontaktní údaje).

Děkuji,

Anna Říhová

### **Příloha č.3 – Informovaný souhlas**

Souhlasím s aktivní účastí ve výzkumu týkajícím se *partnerských vztahů u osob se schizofrenním onemocněním*, vedeném PhDr. Katarínou Lonekovou PhD. v rámci diplomové práce na katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy. Tohoto výzkumu se účastním dobrovolně a jsem si vědom(a) svého práva, že v případě potřeby mohu kdykoliv odstoupit z výzkumu. Jsem si vědom(a) toho, že z rozhovoru bude pořízen audio záznam určený pro výzkumné účely.

Souhlasím s tím, aby veškerá data získána k naplnění cíle výzkumného projektu byla použita k výzkumným účelům, a to pouze budou -li v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a jejich uchování v informačních systémech. Potvrzuji, že jsem byl(a) informován(a) o tom, kdo a za jakým účelem bude mít přístup k daným informacím.

Podpis

Datum

.....

.....

## **Příloha č.4 – Polostrukturovaný rozhovor**

### ***Výzkumný rozhovor***

#### **Význam vztahu**

1. Co vás napadne, když se řekne vztah? Co ještě?
2. Když se řekne partnerský vztah, co si pod tím představíte? Co vám jde hlavou? Co ještě?
3. Jsou pro vás vztahy důležité? Jaké vztahy máte, které jsou pro vás významné? Mám zde několik kartiček, napište mi prosím typy vztahů, jaké máte, v jakých jste. Můžete teď doplnit tyto kartičky do této pyramidy, na jejím vrcholku bude vztah, na kterém vám nejvíce záleží, vespod jsou pak vztahy, které jsou pro vás méně důležité?
4. Pojdme se teď vrátit k partnerským vztahům. Je pro vás důležité mít partnera? V čem to je pro vás důležité? A proč? Co pro vás takový vztah znamená?
5. V čem to pro vás není důležité mít partnera? V čem je to zanedbatelné? Proč?
6. Jaké jsou výhody toho, mít partnera, být ve vztahu? A jaké vidíte nevýhody?
7. Co by vám takový vztah mohl dávat? *Co vám takový vztah dává?*
8. Co by vám naopak mohl brát? *Co vám naopak bere?*
9. Je něco, čeho byste se ve vztahu mohl/a obávat? A něco, co vás na vztahu těší? Jaké jsou vaše největší radosti? *Je něco, čeho se ve vztahu obáváte? A co vám dělá největší radost, co vás nejvíce těší?*
10. Jak jste spokojen/a s vaším partnerským životem?
11. Chtěl/a byste něco změnit? A co?
12. Představte si nyní, že byste měl/a vztah připodobnit ke krajině. Jak by tato krajina vypadala? Co by v ní bylo?

#### **Ideální partnerství, Ideální partner**

1. Ráda bych teď věděla, jak jste spokojen/a s vaším životem celkově, dám vám nyní škálu – čáru, která je od 0 do 100 a chtěla bych, abyste mi označil/a místo, jak se cítíte spokojen/a. 0 znamená jsem úplně nespokojen/a se svým životem, 100 znamená, že jste úplně spokojen/a.
2. Označil/a jste ... Proč? Co by se mohlo změnit? Co by se muselo stát, abyste označil/a více, co naopak, aby méně?
3. Představte si ideální vztah. Jak by váš vztah vypadal? Kolik je vám let? Jak by vypadal/a váš/e partner/ka? Co by rád dělal? Jak by vypadal 1 den ve vašem ideálním vztahu. Zkuste mi ho popsat.
4. Co byste dělali s partnerem společně a co každý zvlášť? Jak by vypadal váš vztah? Co by vás na něm nejvíce těšilo? Máte děti? Žijete společně? Kde?
5. Teď se vraťme ze světa představ zpátky na zem... Chtěl/a byste vztah? Co byste od něj očekával/a?
6. Kdyby se zítra objevil váš partner snů, šel/šla byste do vztahu?
7. Co od partnerky/partnera ve vztahu očekáváte?
8. Co myslíte, že partner ve vztahu očekává od vás?

9. Máte představu, jaké vlastnosti by vaší partnerce/partnerovi neměly chybět? Proč zrovna tyto?
10. Preferoval/a byste partnera zdravého nebo spíše někoho, kdo má handicap, ať už fyzický či psychický? Preferoval/a byste někoho, kdo má zkušenost s duševním onemocněním?
11. V čem myslíte, že by to vašemu vztahu pomáhalo? Co pozitivního by to přineslo do vašeho vztahu? V čem by ho to mohlo komplikovat?
12. Co byste od partnera/partnerky očekávala vzhledem k vaší nemoci?
13. Jak by vypadal váš vztah, kdybyste se ráno probudil a zázrakem byste byl/a zdravý/á? Co by se změnilo? Jak podle vás vypadá vztah zdravých lidí?
14. Co by vám konkrétně pomohlo, aby toto mohlo nastat? Jak by vám společnost mohla pomoci? Co byste potřeboval?

### **Dosavadní zkušenosti s partnerským životem**

1. Jaké jsou vaše zkušenosti s partnerským životem?
2. Měl/a jste už někdy partnerský vztah? *Ne – Jaký vztah ve vašem životě se partnerskému nejvíce podobal? (případně nabídka – přátelský, chodili jste ven?, ...)*
3. Jak vypadal? Kde jste se seznámili? Jak probíhalo vaše seznámení? Jak dlouho váš vztah trval?
4. Žili jste spolu? Co myslíte, že vedlo ke skončení vašeho vztahu? Pociťoval/a jste v některé fázi vztahu nejistotu?
5. Věděl partner o vaší diagnóze? Kdy a jak jste mu to řekl/a?
6. Jaký význam pro vás má sex? Je pro vás sex ve vztahu důležitý? Představme si škálu, od 0 do 100, přičemž 0 znamená, že sex pro vás není vůbec důležitý, 100 znamená, že sex je pro vás velmi důležitý, jaké číslo byste přiřadil/a?
7. Nyní si představte, že píšete knihu o vztazích, představte si, že každá kapitola knihy, by byla jedna fáze nebo etapa vztahu. Jaké kapitoly by v této knize byly? Jak byste je nazval/a?
8. Jakou fázi považujete za nejtěžší?
9. A jakou za nejtrapnější?
10. A jaká fáze vám přijde nejhezčí?
11. Máte příležitost k seznámení se s novými lidmi a případným parterem/partnerkou? Chcete se seznamovat?
12. Poznáte, když o vás někdo projeví zájem?
13. Jak projevíte zájem vy? Jak to v reálu vypadá? Kdy zájem projevíte? Po jak dlouhé době se tak stane?
14. Vybavíte si nějakou situaci, kdy jste o někoho projevil/a zájem? Jak to vypadalo?
15. Stalo se vám někdy, že jste ztratil/a zájem o to být s partnerem/partnerkou? Jak vztah skončíte? Je to pro vás snadné nebo naopak těžké? V čem? Proč?

### **Nemoc, její průběh a partnerské vztahy**

1. Jaká je vaše diagnóza (duševní nemoc)?
2. Kdy přibližně vaše psychické problémy začaly?
3. Jak probíhá vaše léčba?
4. Byl jste hospitalizován? Kolikrát? Kde?
5. Berete léky? Jaké? Bral jste někdy jiné? Jaké?
6. Máte nějaké jiné onemocnění?
7. Existují nějaké nežádoucí účinky, které by vám komplikovaly váš život?  
V čem vám ho komplikují? Někdy určité léky znepříjemňují i sexuální život,  
týká se tento problém i vás? (Jak?)
8. V čem vám naopak léky prospívají?
9. V některých výzkumech vyšlo, že lidem vztahy pomáhají v jejich léčbě a v některých zase, že ne, jak to máte vy?
10. Myslíte si, že je pro vás „zdravější“ být ve vztahu nebo naopak žádný vztah nemít?
11. Pomáhá vám váš vztah v léčbě? A jak? V čem konkrétně?
12. Myslíte si, že by vám vztah mohl komplikovat léčbu?



## **Příloha č.5 - „Dotazník dosavadních sexuálních zkušeností“**

### **Dotazník muž**

#### **První schůzku s dívkou jste:**

- ☐ dosud neměl
- ☐ již měl a to poprvé v ..... letech

#### **Prvně jste se líbal s dívkou:**

- ☐ dosud nikdy
- ☐ již líbal a to poprvé v ..... letech

#### **Poprvé jste byl do dívky zamilován:**

- ☐ dosud nikdy
- ☐ již byl a to poprvé v ..... letech

#### **První delší partnerský vztah s dívkou (delší než 6 měsíců) jste:**

- ☐ dosud neměl
- ☐ již měl a to poprvé v ..... letech  
za celý život jste měl takových vztahů  
celkem ..... (uved'te číslem)

#### **V současné době onanujete:**

- ☐ vůbec ne
- ☐ ano a to v průměru ..... krát měsíčně

#### **Poprvé jste souložil s nějakou ženou:**

- ☐ dosud nikdy
- ☐ již ano a to poprvé ve věku ..... let  
při první souloži:
  - ☐ jsem měl potíže se ztopořením
  - ☐ měl jsem jiné potíže – jaké? .....
  - ☐ neměl jsem potíže

#### **První soulož se uskutečnila především z iniciativy:**

- ☐ dosud nikdy
- ☐ z mé iniciativy
- ☐ z iniciativy partnerky
- ☐ z iniciativy obou

#### **Vaše partnerka byla při prvním pohlavním styku:**

- ☐ starší než vy a to o ..... let
- ☐ mladší než vy a to o ..... let
- ☐ stejně stará

#### **První pohlavní styk jste uskutečnil:**

- ☐ s náhodnou partnerkou
- ☐ se stálou partnerkou a to po ..... měsících známosti

**Za celý život jste souložil:**

- ☐ dosud nikdy  
☐ ano a to celkem s ..... ženami (uved'te počet)

z toho za poslední rok s ..... ženami (uved'te počet)

z toho za posledních pět let s ..... ženami (uved'te počet)

**Pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc) jste:**

- ☐ dosud nikdy neměl  
☐ měl a to celkem s ..... ženami (uved'te počet)  
z toho za poslední rok s ..... ženami (uved'te počet)

**Měl jste někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou?**

- ☐ nikdy neměl  
☐ již měl

**Měl jste někdy v životě pohlavní styk s mužem?**

- ☐ ne, neměl nikdy  
☐ ano, měl jednou  
☐ ano, měl opakovaně a to celkem s ..... partnery (uved'te počet)

**Považujete se za homosexuála?**

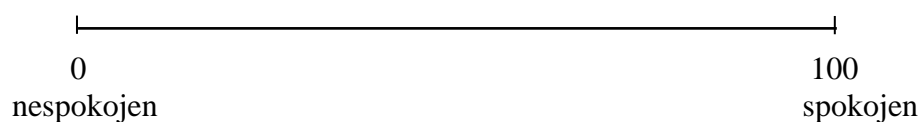
- ☐ ne  
☐ nejsem si jist  
☐ ano, trvalý partnerský vztah s mužem v současné době:  
☐ mám  
☐ nemám

**Považujete se za bisexuála?**

- ☐ ne  
☐ ano

**Škála spokojenosti se sexuálním životem**

Jak jste s vaším sexuálním životem spokojen? *Označte prosím, na této škále, jak jste spokojen s vaším sexuálním životem.*



## Dotazník žena

### První schůzku s chlapcem jste:

- ☐ dosud neměla
- ☐ již měla a to poprvé v ..... letech

### Prvně jste se s chlapcem líbala:

- ☐ dosud nikdy
- ☐ již líbala a to poprvé v ..... letech

### Poprvé jste byla do chlapce zamilována:

- ☐ dosud nikdy
- ☐ již byla a to poprvé v ..... letech

### První delší partnerský vztah s mužem (delší než 6 měsíců) jste:

- ☐ dosud neměla
  - ☐ již měla a to poprvé v ..... letech
- za celý život jste měla takových vztahů  
celkem ..... (uved'te číslem)**

### V současné době onanujete:

- ☐ vůbec ne
- ☐ ano a to v průměru ..... krát měsíčně

### Poprvé jste souložila s nějakým mužem:

- ☐ dosud nikdy
- ☐ již ano a to poprvé ve věku ..... let

### První soulož se uskutečnila především z iniciativy:

- ☐ dosud nikdy
- ☐ z mé iniciativy
- ☐ z iniciativy partnera
- ☐ z iniciativy obou

### Váš partner byl při prvním pohlavním styku:

- ☐ starší než vy a to o ..... let
- ☐ mladší než vy a to o ..... let
- ☐ stejně starý

### První pohlavní styk jste uskutečnila:

- ☐ s náhodným partnerem
- ☐ se stálým partnerem a to po ..... měsících známosti

### Za celý život jste souložila:

- ☐ dosud nikdy
- ☐ již ano a to celkem s ..... partnery (uved'te počet)  
z toho za poslední rok s ..... partnery (uved'te počet)  
z toho za posledních pět let s ..... partnery (uved'te počet)

### Pohlavní styk s příležitostným partnerem (na jednu noc) jste:

- ☐ dosud nikdy neměla .....
- ☐ měla ..... a to celkem s ..... partnery (uved'te počet)  
z toho za poslední rok s ..... partnery (uved'te počet)

**Měla jste někdy v životě pohlavní styk se ženou?**

- ☐ne, neměla nikdy
- ☐ano, měla jednou
- ☐ano, měla opakovaně a to celkem s ..... partnerkami (uved'te počet)

**Považujete se za homosexuálku (lesbičku)?**

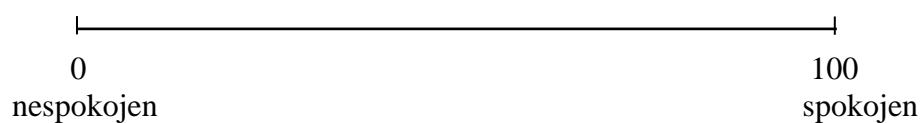
- ☐ne
- ☐nejsem si jista
- ☐ano, trvalý partnerský vztah se ženou
  - v současné době:
    - ☐mám
    - ☐nemám

**Považujete se za bisexuálku?**

- ☐ne
- ☐ano

**Škála spokojenosti se sexuálním životem**

Jak jste s vaším sexuálním životem spokojena? *Označte prosím, na této škále, jak jste spokojena s vaším sexuálním životem.*

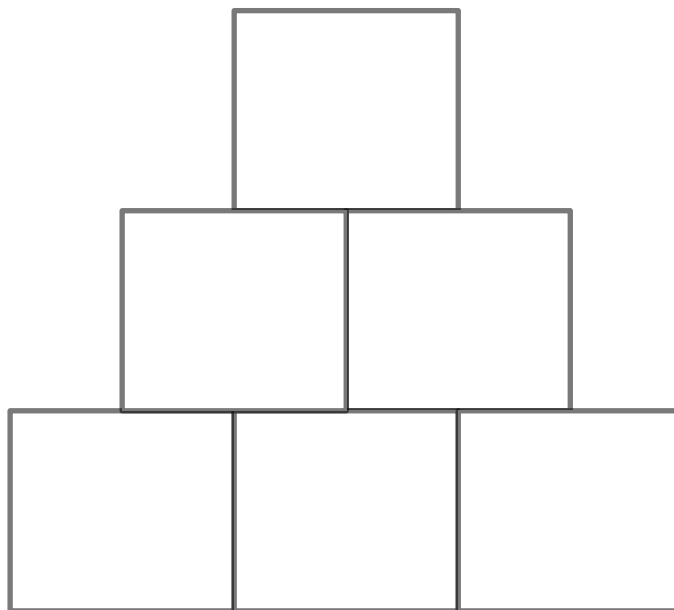


## Příloha č.6 - „Dotazník do seznamky“

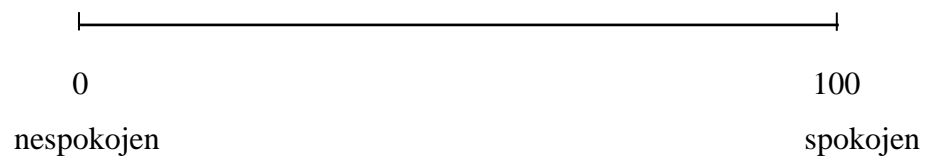
<b>Jsem</b>	<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena																									
<b>Je mi právě</b>	..... Let																									
<b>Má výška je</b>	..... cm																									
<b>Kouřím</b>	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> občas																									
<b>Vlasy</b>	<input type="checkbox"/> blond <input type="checkbox"/> světlé <input type="checkbox"/> hnědé <input type="checkbox"/> černé <input type="checkbox"/> zrzavé <input type="checkbox"/> barvené <input type="checkbox"/> spíše žádné																									
<b>Oči</b>	<input type="checkbox"/> zelené <input type="checkbox"/> modré <input type="checkbox"/> hnědé <input type="checkbox"/> černé																									
<b>Brýle</b>	<input type="checkbox"/> nenosím <input type="checkbox"/> nosím <input type="checkbox"/> na čtení <input type="checkbox"/> čočky																									
<b>Na pohled</b>	<input type="checkbox"/> krásný <input type="checkbox"/> hezký <input type="checkbox"/> charismatický <input type="checkbox"/> sympatický <input type="checkbox"/> běžný <input type="checkbox"/> nehezký																									
<b>Postava</b>	<input type="checkbox"/> štíhlá <input type="checkbox"/> běžná <input type="checkbox"/> silnější <input type="checkbox"/> při těle																									
<b>Tělo</b>	<input type="checkbox"/> kulturistické <input type="checkbox"/> vypracované <input type="checkbox"/> zpevněné <input type="checkbox"/> běžné <input type="checkbox"/> slabší																									
<b>Hendikep</b>	<p><b>Tělesný</b> <input type="checkbox"/> horní končetina/y <input type="checkbox"/> dolní končetina/y <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> amputace</p> <p><b>Sluchový</b> <input type="checkbox"/> nedoslýchavý <input type="checkbox"/> neslyšící <input type="checkbox"/> (znaková řeč)</p> <p><b>Zrakový</b> <input type="checkbox"/> slabozraký <input type="checkbox"/> nevidomý <input type="checkbox"/> (Braillovo písmo)</p> <p><b>Jiný</b> <input type="checkbox"/> mentální <input type="checkbox"/> zcela jiný</p>																									
<b>Vzdělání</b>	<input type="checkbox"/> vysokoškolské <input type="checkbox"/> vyšší odborné <input type="checkbox"/> středoškolské <input type="checkbox"/> vyučení <input type="checkbox"/> základní																									
<b>Vztah k rodičům</b>	<input type="checkbox"/> mám je rád(a) <input type="checkbox"/> tak normální <input type="checkbox"/> nevycházíme <input type="checkbox"/> nemám je rád(a)																									
<b>Rodinné zázemí</b>	<input type="checkbox"/> jsem z úplné rodiny <input type="checkbox"/> rodiče se rozvedli <input type="checkbox"/> sirotek																									
<b>Popíjím alkohol</b>	<input type="checkbox"/> nikdy <input type="checkbox"/> velmi zřídka <input type="checkbox"/> občas <input type="checkbox"/> pravidelně <input type="checkbox"/> stále																									
<b>Vrozená povaha</b>	<input type="checkbox"/> rezervovanější (introvertní) <input type="checkbox"/> otevřená (extrovertní)																									
<b>Povaha</b>	<table> <tr> <td><input type="checkbox"/> mírná</td> <td><input type="checkbox"/> veselá</td> <td><input type="checkbox"/> aktivní</td> <td><input type="checkbox"/> otevřená</td> <td><input type="checkbox"/> plánovací</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> klidná</td> <td><input type="checkbox"/> věrná</td> <td><input type="checkbox"/> rozverná</td> <td><input type="checkbox"/> pečlivá</td> <td><input type="checkbox"/> urovnávací</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> rozhodná</td> <td><input type="checkbox"/> spolehlivá</td> <td><input type="checkbox"/> ulitlá</td> <td><input type="checkbox"/> vůdčí</td> <td><input type="checkbox"/> naslouchací</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> neústupná</td> <td><input type="checkbox"/> obětavá</td> <td><input type="checkbox"/> bavící</td> <td><input type="checkbox"/> podporující</td> <td><input type="checkbox"/> zaměřená</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> pozitivní</td> <td><input type="checkbox"/> diplomatická</td> <td><input type="checkbox"/> vypravěčská</td> <td><input type="checkbox"/> poslušná</td> <td><input type="checkbox"/> přesvědčivá</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> mírná	<input type="checkbox"/> veselá	<input type="checkbox"/> aktivní	<input type="checkbox"/> otevřená	<input type="checkbox"/> plánovací	<input type="checkbox"/> klidná	<input type="checkbox"/> věrná	<input type="checkbox"/> rozverná	<input type="checkbox"/> pečlivá	<input type="checkbox"/> urovnávací	<input type="checkbox"/> rozhodná	<input type="checkbox"/> spolehlivá	<input type="checkbox"/> ulitlá	<input type="checkbox"/> vůdčí	<input type="checkbox"/> naslouchací	<input type="checkbox"/> neústupná	<input type="checkbox"/> obětavá	<input type="checkbox"/> bavící	<input type="checkbox"/> podporující	<input type="checkbox"/> zaměřená	<input type="checkbox"/> pozitivní	<input type="checkbox"/> diplomatická	<input type="checkbox"/> vypravěčská	<input type="checkbox"/> poslušná	<input type="checkbox"/> přesvědčivá
<input type="checkbox"/> mírná	<input type="checkbox"/> veselá	<input type="checkbox"/> aktivní	<input type="checkbox"/> otevřená	<input type="checkbox"/> plánovací																						
<input type="checkbox"/> klidná	<input type="checkbox"/> věrná	<input type="checkbox"/> rozverná	<input type="checkbox"/> pečlivá	<input type="checkbox"/> urovnávací																						
<input type="checkbox"/> rozhodná	<input type="checkbox"/> spolehlivá	<input type="checkbox"/> ulitlá	<input type="checkbox"/> vůdčí	<input type="checkbox"/> naslouchací																						
<input type="checkbox"/> neústupná	<input type="checkbox"/> obětavá	<input type="checkbox"/> bavící	<input type="checkbox"/> podporující	<input type="checkbox"/> zaměřená																						
<input type="checkbox"/> pozitivní	<input type="checkbox"/> diplomatická	<input type="checkbox"/> vypravěčská	<input type="checkbox"/> poslušná	<input type="checkbox"/> přesvědčivá																						
<b>Zájmy a činnosti</b>	<input type="checkbox"/> občas o samotu <input type="checkbox"/> kolo-jízda <input type="checkbox"/> křížovky <input type="checkbox"/> hudební nástroj																									

<input type="checkbox"/> modelářství	<input type="checkbox"/> internet	<input type="checkbox"/> vaření	<input type="checkbox"/> zpívání
<input type="checkbox"/> kutilství	<input type="checkbox"/> pc systémy	<input type="checkbox"/> studování	<input type="checkbox"/> kapela
<input type="checkbox"/> šití	<input type="checkbox"/> programování	<input type="checkbox"/> vzdělávání se	<input type="checkbox"/> techno tvorba
<input type="checkbox"/> tanec	<input type="checkbox"/> pc hry	<input type="checkbox"/> malování	<input type="checkbox"/> ochotnictví
<input type="checkbox"/> diskotéky	<input type="checkbox"/> poslech popu	<input type="checkbox"/> poslech hip-hopu	<input type="checkbox"/> četba románů
<input type="checkbox"/> cluby	<input type="checkbox"/> poslech klasiky	<input type="checkbox"/> country / folk	<input type="checkbox"/> četba naučné
<input type="checkbox"/> hospody	<input type="checkbox"/> poslech rocku	<input type="checkbox"/> poslech filmové	<input type="checkbox"/> četba tisku
<input type="checkbox"/> divadla	<input type="checkbox"/> poslech metalu	<input type="checkbox"/> poslech soulu	<input type="checkbox"/> četba technické
<input type="checkbox"/> kina	<input type="checkbox"/> poslech house	<input type="checkbox"/> poslech jazzu	<input type="checkbox"/> četba básní
<b>Provozovaný sport</b>			
<input type="checkbox"/> aerobik	<input type="checkbox"/> fitness	<input type="checkbox"/> karate	<input type="checkbox"/> plavání
<input type="checkbox"/> atletika	<input type="checkbox"/> fotbal	<input type="checkbox"/> kulturistika	<input type="checkbox"/> ping-pong
<input type="checkbox"/> basketbal	<input type="checkbox"/> hokej	<input type="checkbox"/> lyžování	<input type="checkbox"/> squash
<input type="checkbox"/> běh	<input type="checkbox"/> horolezectví	<input type="checkbox"/> lodě	<input type="checkbox"/> tenis
<input type="checkbox"/> box	<input type="checkbox"/> jiné boje	<input type="checkbox"/> motorky	<input type="checkbox"/> turistika
<input type="checkbox"/> cyklistika	<input type="checkbox"/> judo	<input type="checkbox"/> motokáry	<input type="checkbox"/> volejbal
<b>Zvířátko</b>			
<input type="checkbox"/> pesek	<input type="checkbox"/> ptáček	<input type="checkbox"/> rybičky	<input type="checkbox"/> jiné
<input type="checkbox"/> kočička	<input type="checkbox"/> hlodavec	<input type="checkbox"/> hadi	<input type="checkbox"/> žádné
<b>Stav</b>			
<input type="checkbox"/> svobodný	<input type="checkbox"/> rozvedený	<input type="checkbox"/> ovdovělý	<input type="checkbox"/> ženatý
<b>Potomci</b>			
<input type="checkbox"/> žádní	<input type="checkbox"/> jeden	<input type="checkbox"/> několik	
<b>Názor na děti</b>			
<input type="checkbox"/> do budoucna ano	<input type="checkbox"/> zatím nevím	<input type="checkbox"/> nikdy	<input type="checkbox"/> chci další

### **Příloha č.7 – Pyramida vztahů**



### **Příloha č.8 – Škála spokojenosti se životem**



## **Příloha č.9 – Demografické údaje**

Věk:

Pohlaví: ☐ muž ☐ žena

Stav: ☐ svobodný/á ☐ rozvedený/á ☐ ženatý/vdaná ☐ vdovec/vdova  
☐ v partnerském vztahu

Vzdělání: ☐ základní ☐ střední s maturitou ☐ střední odborné ☐ vysokoškolské

Profese:

Zaměstnání: ☐ plný úvazek ☐ částečný úvazek ☐ plný ID ☐ částečný ID  
☐ nezaměstnaný

Bydlí: ☐ s rodiči ☐ sám ☐ s přítelem/přítelkyní  
☐ v chráněném bydlení ☐ s kamarády ☐ v komunitě